



Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto
Instituto Politécnico do Porto

Cristina Isabel Oliveira Jácome

A VIVÊNCIA DA DPOC EM ESTADIO AVANÇADO ENQUADRADA NO CONTEXTO DA CIF

Dissertação submetida à Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia - Área de especialização Cardiorrespiratória, realizada sob a orientação científica da Doutora Alda Sofia Pires de Dias Marques, equiparada a Professora Adjunta da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro e da co-orientação da Mestre Andreia Raquel Santos Noites Soares de Pinho, Assistente do 2º triénio da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto.

Junho de 2011

AGRADECIMENTOS

Ao terminar este trabalho não posso deixar de expressar o meu agradecimento aos que me apoiaram e contribuíram para a sua concretização.

À minha orientadora, Professora Doutora Alda Marques, pelo apoio contínuo e pela inesgotável disponibilidade. Obrigada pelo privilégio de poder crescer consigo.

A todos os participantes, que partilhando as suas vivências tornaram possível a realização do estudo.

À Raquel, pela paciência para me ouvir.

Aos meus pais e à minha irmã pelo apoio e encorajamento para ir sempre mais longe.

Ao Pedro por toda a compreensão e apoio incondicional.

A todos um sincero agradecimento.

RESUMO

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade mundiais. A patologia é inicialmente caracterizada pela limitação progressiva do fluxo de ar, mas com o avanço da doença, os pacientes experienciam também uma redução da capacidade funcional. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para caracterizar o espectro típico de problemas de funcionalidade em pacientes com DPOC, o que não tem vindo a ocorrer. No entanto, para a implementação de um modelo de cuidados de saúde centrados no paciente, como preconizado também pela OMS, a aplicação da CIF não explora em profundidade a vivência da doença. Assim, este estudo tem como principal objectivo caracterizar de forma integrada a vivência dos pacientes com DPOC em estadio avançado, de acordo com a CIF. Uma amostra de conveniência de 15 pacientes (8 mulheres) com DPOC nos estadios III e IV, com idades compreendidas entre os 45 e os 80 anos, foi recrutada. Os dados foram recolhidos através de uma metodologia mista: aplicação do *core set* da CIF para as doenças pulmonares obstrutivas e realização de entrevistas individuais semi-estruturadas. A falta de energia, a dificuldade em gerir emoções, a intolerância ao exercício físico e a dispneia foram os principais problemas na componente das Funções do Corpo. Na componente das Actividades e Participação, foi notório o impacto profundo da DPOC na vida pessoal e na vida familiar dos participantes. Na componente dos Factores Ambientais, o clima e a qualidade do ar constituíram barreiras graves à vida dos participantes. Os sistemas de saúde foram considerados facilitadores, embora os participantes referissem necessitar de um apoio mais próximo. Relativamente às características pessoais, os participantes apresentavam muitos receios quanto à evolução da sua condição de saúde e para lidar com a doença tinham uma tendência para seleccionar estratégias de *coping* de evitamento e centradas nas emoções. O enquadramento da CIF permitiu um levantamento das necessidades dos pacientes com DPOC em estadio avançado nos diferentes domínios da saúde, condição fundamental para a delineação e implementação de intervenções integradas e centradas no paciente.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; CIF; *Core set* alargado da CIF para as doenças pulmonares obstrutivas; Modelo de cuidados de saúde centrado no paciente; metodologia mista.

ABSTRACT

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a major cause of chronic morbidity and mortality worldwide. The pathology is initially characterized by progressive airflow limitation, but as the disease progresses, patients experience reduced functional capacity. The World Health Organization (WHO) recommends the use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to define the typical spectrum of problems in function of patients with COPD. However, with the need of a patient-centred health care model, also advised by the WHO, the ICF is insufficient to explore deeply the experience of patients living with COPD. Thus, this study aimed to understand the experience of living with advanced COPD. A convenience sample of fifteen outpatients (8 females) with COPD in stage III and IV, with ages between 45 to 80 years old, was recruited. Data were collected using a mixed methods approach: application of the ICF core set for obstructive pulmonary diseases and performance of individual semi-structured interviews. Lack of energy, difficulty in managing emotions, exercise intolerance and dyspnoea were the main problems of the Body Functions component. In the Activities and Participation component it was evident the profound impact of the COPD on participants' personal lives and also on their family. In the Environmental Factors, climate and air quality were severe barriers for participants' lives. Health care systems were seen as facilitators; however, participants felt they needed a closer support. In relation to personal characteristics, participants had a number of concerns about the progression of their health condition and for the disease management they had a tendency to select avoidance and emotion-focused coping strategies. The ICF framework enabled a full address of the needs of patients with advanced COPD in the different health domains, which is crucial for designing and implementing integrated and patient-centred interventions.

KEYWORDS: Chronic obstructive pulmonary diseases; International Classification of Functioning, Disability and Health; Comprehensive ICF Core Set for obstructive pulmonary diseases; models of patient-centred care; mixed methods research.

ÍNDICE

Índice de Abreviaturas.....	i
Índice de Figuras e Tabelas	ii
Índice de Apêndices e Anexos.....	iii
Introdução	I
Capítulo I – Revisão Bibliográfica	III
1.1 Introdução	III
1.2 Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.....	III
1.2.1 Definição e Classificação	III
1.2.2 Epidemiologia.....	IV
1.2.3 Funcionalidade e Incapacidade na DPOC	V
1.3 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.....	VII
1.3.1 Perspectiva Biopsicossocial.....	VII
1.3.2 Estrutura da CIF	VIII
1.3.3 Aplicação da CIF no contexto clínico	VIII
1.3.4 Desenvolvimento de <i>core sets</i> da CIF	IX
1.4 Modelo de Cuidados Centrado no Paciente.....	X
1.4.1 Necessidade de um modelo de cuidados centrado no paciente	X
1.4.2 Explorar a perspectiva do paciente, nomeadamente no paciente com DPOC.....	XI
1.5 Sumário.....	XII
Capítulo II – Métodos.....	XIII
2.1 Introdução	XIII
2.2 Objectivos do estudo	XIII
2.3 Desenho do estudo.....	XIII
2.4 Local de realização do estudo.....	XIV
2.5 Critérios de inclusão e exclusão	XIV
2.6 Aspectos éticos	XIV
2.7 Recrutamento.....	XIV
2.8 Amostra	XV
2.9 Instrumentos do estudo	XV
2.10 Confidencialidade e anonimato dos dados	XVI
2.11 Análise dos dados	XVII
2.12 Sumário.....	XVII
Capítulo III – Resultados.....	XVIII
3.1 Introdução	XVIII
3.2 Amostra	XVIII

3.3 <i>Core set</i> alargado da CIF para as doenças pulmonares obstrutivas.....	XX
3.3.1 Funções do Corpo.....	XX
3.3.2 Estruturas do Corpo.....	XXIII
3.3.3 Actividades e Participação.....	XXIV
3.3.4 Factores Ambientais	XXVI
3.4 Análise de Conteúdo.....	XXVII
3.4.1 Funções e Estruturas do Corpo.....	XXVIII
i) Sintomas.....	XXVIII
3.4.2 Actividades e Participação.....	XXVIII
i) Impacto da doença na vida pessoal	XXVIII
ii) Impacto da doença na vida familiar	XXX
3.4.3 Factores Ambientais	XXXI
i) Mudanças temporais.....	XXXI
ii) Família próxima	XXXI
iii) Profissionais de saúde	XXXII
iv) Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde	XXXIII
3.4.4 Factores pessoais	XXXV
i) Receios	XXXV
ii) Lidar com a doença	XXXVI
iii) Resolução do problema.....	XXXVII
3.5 Sumário.....	XVIII
Capítulo IV – Discussão	XXXIX
4.1 Introdução.....	XXXIX
4.2 Amostra	XXXIX
4.3 Funções e Estruturas do Corpo.....	XL
4.4 Actividades e Participação.....	XLII
4.5 Factores Ambientais	XLIV
4.6 Factores Pessoais	XLVII
4.7 <i>Core set</i> breve da CIF para as doenças pulmonares obstrutivas	XLIX
4.8 Limitações do estudo	L
4.9 Consequências e Implicações do estudo.....	LI
Conclusão	LIV
Referências Bibliográficas.....	LV
Apêndices e Anexos	LXIV

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ATS/ERS	American Thoracic Society/European Respiratory Society Task Force
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CVF	Capacidade Vital Forçada
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
GOLD	<i>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONDR	Observatório Nacional das Doenças Respiratórias
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
VEMS	Volume Expiratório Máximo no 1º Segundo
WHO	<i>World Health Organization</i>

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura I - Interacções entre os componentes da CIF (OMS, 2004).....	VII
Tabela I - Classificação da severidade da DPOC segundo a espirometria (GOLD, 2010). IV	
Tabela II - Características sócio-demográficas e antropométricas dos participantes (n=15).	XIX
Tabela III - Características da função pulmonar e da realização de oxigenoterapia de longa duração dos participantes (n=15).....	XX
Tabela IV - Categorias da componente das Funções do Corpo onde os participantes apresentaram problemas (qualificadores 1-4) (n=15).....	XXII
Tabela V - Categorias da componente das Estruturas do Corpo onde os participantes apresentaram problemas (qualificadores 1-4) (n=15).....	XXIII
Tabela VI - Categorias da componente das Actividades e Participação onde os participantes apresentaram problemas (qualificadores 1-4) (n=15)	XXV
Tabela VII - Categorias da componente dos Factores Ambientais onde os participantes apresentaram problemas (qualificadores 1-4) (n=15).....	XXVII

ÍNDICE DE APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice I - Folha de Informação ao Paciente.....	LXIV
Apêndice II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	LXVI
Apêndice III - <i>Core set</i> alargado da CIF para as doenças pulmonares obstrutivas	LXVII
Apêndice IV - Guião de Entrevista.....	LXXII
Apêndice V - Problemas da componente das Funções do Corpo comparando géneros e grupos etários (n=15).....	LXXIII
Apêndice VI - Problemas da componente das Estruturas do Corpo comparando géneros e grupos etários (n=15).....	LXXIV
Apêndice VII - Problemas da componente das Actividades e Participação comparando géneros e grupos etários (n=15).	LXXV
Apêndice VIII - Problemas da componente dos Factores Ambientais comparando géneros e grupos etários (n=15).....	LXXVI
Anexo I - Aprovação da comissão de ética do Centro Hospitalar entre o Douro e Vouga, E.P.E.	LXXVII

INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma das principais causas de incapacidade e mortalidade mundiais, prevendo-se que em 2030 represente a quarta causa de morte (World Health Organization [WHO], 2008a). Em Portugal, 5,3% da população é afectada por esta doença e nos indivíduos acima dos 60 anos a prevalência ultrapassa os 14% (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias [ONDR], 2008). A doença caracteriza-se por uma obstrução crónica e progressiva do fluxo de ar, causada pela junção da obstrução das pequenas vias aéreas com a destruição do parênquima pulmonar (American Thoracic Society/European Respiratory Society Task Force [ATS/ERS], 2004; The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2010). Tipicamente a sintomatologia centra-se na presença de dispneia, mas com a progressão da doença desenvolvem-se manifestações extra-pulmonares, que tornam a DPOC altamente incapacitante (Agusti, 2005; Hanania & Sharafkhaneh, 2011; GOLD, 2010; Wouters, et al., 2007). Medidas de saúde específicas têm vindo a ser desenhadas para avaliar os problemas dos pacientes com DPOC, todavia, estas centram-se na avaliação de aspectos específicos da saúde dos pacientes (Garrod, Paul, & Wedzicha, 2002; Meguro, Barley, Spencer, & Jones, 2007; Sewell & Singh, 2001; G. Stucki, Ewert, & Cieza, 2002; Yohannes, Greenwood, & Connolly, 2002) e não no paciente de forma holística. Urge assim, explorar de uma forma integrada todos os factores que têm impacto na saúde e funcionalidade dos pacientes com DPOC em estadio avançado.

Com a aprovação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a disponibilizar um quadro conceptual de referência universal, que permite uma descrição abrangente de todos os aspectos da funcionalidade e da incapacidade, associados a uma condição de saúde (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2004). A adopção da CIF nos seus vários contextos é também considerada uma prioridade do Governo Português (Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência [SNRIPD], 2006). No entanto, com a necessidade de implementação de um modelo de cuidados de saúde centrado no paciente como um dos grandes desafios propostos pela OMS no século XXI, a aplicação da CIF, apesar de permitir registar implicitamente a perspectiva do indivíduo sobre a sua situação, não explora em profundidade a sua experiência de viver e lidar com a

doença (Barnett, 2005; Toms & Harrison, 2002). As metodologias qualitativas (Barnett, 2005; Coenen, 2008; Kanervisto, Kaistila, & Paavilainen, 2007; Scharloo et al., 2007; Seamark, Blake, Seamark, & Halpin, 2004), pelo contrário, permitem estudar em profundidade a perspectiva daqueles que vivem o problema de saúde, possibilitando que estes respondam nas suas próprias palavras e que usem as suas percepções (Coenen, 2008). Através do recurso a uma metodologia mista, integrando a aplicação da CIF com metodologias qualitativas, é possível obter uma visão mais rica e autêntica sobre os principais problemas vividos pelos pacientes com DPOC em estadios avançados (Casey & Murphy, 2009; Foss & Ellefsen, 2002; Toms & Harrison, 2002). Assim, este estudo tem como principal objectivo caracterizar de forma integrada a vivência dos pacientes com DPOC em estadio avançado, de acordo com a CIF.

Esta dissertação encontra-se dividida em 4 capítulos. A introdução do estudo é aqui apresentada. O primeiro capítulo, contempla a revisão bibliográfica, que: i) apresenta a definição, classificação e epidemiologia da DPOC e as implicações desta na funcionalidade e incapacidade na vida dos pacientes e ii) aborda a importância do uso da CIF, assim como a necessidade de um modelo de cuidados de saúde centrado no paciente, nomeadamente no paciente com DPOC. O segundo capítulo expõe os procedimentos metodológicos adoptados, os instrumentos utilizados, as informações relativas ao local do estudo, à população estudada e à análise dos dados. O capítulo dos resultados começa por caracterizar a amostra, apresentando depois os resultados obtidos. A discussão dos resultados e as limitações deste estudo compõem o quarto capítulo. Por fim, apresentam-se as conclusões, salientando-se os contributos e as implicações práticas desta investigação.

CAPÍTULO I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 Introdução

Este capítulo aborda inicialmente a definição, classificação e epidemiologia da DPOC, bem como a funcionalidade e incapacidade associada a esta condição. De seguida, apresenta-se a CIF como instrumento universalmente reconhecido para descrever os aspectos da funcionalidade e da incapacidade dos pacientes com determinada condição de saúde. Por último, dada a necessidade da implementação de um modelo de cuidados de saúde centrado no paciente, aborda-se a importância de explorar as perspectivas dos próprios pacientes.

1.2 Doença pulmonar obstrutiva crónica

1.2.1 Definição e Classificação

Segundo a *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD), a DPOC é uma patologia prevenível e tratável, caracterizada por uma componente pulmonar e por efeitos extra-pulmonares significativos que agravam a condição dos pacientes (GOLD, 2010). A componente pulmonar é caracterizada por uma limitação do fluxo de ar progressiva e não totalmente reversível, como resultado da junção da obstrução das pequenas vias aéreas com a destruição do parênquima pulmonar (ATS/ERS, 2004; National Clinical Guideline Centre, 2010; GOLD, 2010).

Um diagnóstico de DPOC deve ser considerado em pacientes com dispneia, tosse crónica, produção de expectoração e história de exposição a factores de risco da doença (ATS/ERS, 2004). Este diagnóstico deve, no entanto, ser confirmado por uma espirometria para medir a limitação do fluxo de ar (ATS/ERS, 2004; GOLD, 2010). Confirma-se o diagnóstico de DPOC quando após broncodilatação, a relação entre o Volume Expiratório Máximo no 1º Segundo (VEMS) e a Capacidade Vital Forçada (CVF) é inferior a 70% (GOLD, 2010). A espirometria permite também a classificação da severidade da doença em 4 estadios de acordo com os valores do VEMS, conforme apresentado na Tabela I (ATS/ERS, 2004; GOLD, 2010).

Tabela I – Classificação da severidade da DPOC segundo a espirometria (GOLD, 2010).

Estádios da DPOC	Valores da espirometria
Estadio I: Ligeiro	VEMS/CVF < 0,70 VEMS ≥ 80% do previsto
Estadio II: Moderado	VEMS/CVF < 0,70 50% ≤ VEMS < 80% do previsto
Estadio III: Grave	VEMS/CVF < 0,70 30% ≤ VEMS < 50% do previsto
Estadio IV: Muito Grave	VEMS/CVF < 0,70 VEMS < 30% do previsto ou VEMS < 50% do previsto com Insuficiência Respiratória Crónica

1.2.2 Epidemiologia

As estimativas da prevalência da DPOC variam muito de país para país, principalmente devido aos diferentes métodos e critérios usados. No Reino Unido estima-se que a DPOC atinja entre 2 a 4% da população (Commission for Healthcare Audit and Inspection, 2006), enquanto nos Estados Unidos da América a estimativa da prevalência é de 13.9% (Mannino & Braman, 2007). Em Portugal existem poucos dados sobre a prevalência da doença. Segundo um estudo de Cardoso et al., 5,3% da população é afectada por esta doença e nos indivíduos acima dos 60 anos a prevalência ultrapassa os 14% (ONDR, 2008). A prevalência da DPOC aumenta com a idade e é actualmente mais elevada nos homens do que nas mulheres (Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2005b; Raherison & Girodet, 2009). Pensa-se, no entanto, que o risco de desenvolver esta doença é actualmente similar entre géneros, devido ao número crescente de mulheres fumadoras que têm vindo a ser diagnosticadas (DGS, 2005b; Raherison & Girodet, 2009).

A DPOC é também uma das principais causas de incapacidade e mortalidade mundiais. Dados da OMS demonstram que em 2002 a DPOC foi a 5ª causa de morte no mundo, e que em 2030 passará a representar a 4ª (WHO, 2008b). Esta doença crónica está também associada a elevados custos, tanto directos (recursos de cuidados de saúde no diagnóstico e no tratamento), como indirectos (consequências económicas da incapacidade, mortalidade prematura, custos para a família e cuidador) (Sullivan, Ramsey, & Lee, 2000). Na União Europeia, estima-se que os custos directos das doenças respiratórias representem 6% do

orçamento total de cuidados de saúde, onde a DPOC representa 56% (38,6 biliões de euros) destes custos (European Respiratory Society/European Lung Foundation, 2003). Nos Estados Unidos da América, em 2002, os custos directos da DPOC rondavam os 18 biliões de dólares (GOLD, 2010). Em Portugal, entre 1998 e 2002, os custos directos decorrentes de internamentos hospitalares por DPOC aumentaram em 10%, de 23 992 371 euros para 27 668 761 euros. Neste mesmo período, os custos com oxigenoterapia domiciliária duplicaram, de 22 874 148 euros para 47 119 245 euros (DGS, 2005b).

A DPOC representa por isso, em Portugal e em todo o mundo, uma considerável e crescente sobrecarga económica e social (Mannino & Braman, 2007; ONDR, 2008; GOLD, 2010). No entanto, não há qualquer dúvida que a maior sobrecarga da doença é suportada pelos próprios pacientes (European Network of COPD Patients Associations, 2002).

1.2.3 Funcionalidade e Incapacidade na DPOC

A DPOC é uma doença primariamente do sistema respiratório. No entanto, com a sua progressão, vão-se desenvolvendo manifestações extra-pulmonares, levando a que actualmente seja considerada uma doença multi-componente (Agusti, 2005; Hanania & Sharafkhaneh, 2011; GOLD, 2010; Wouters, et al., 2007). A dispneia, definida como um desconforto respiratório subjectivo, é o sintoma mais comum. No início da doença, a dispneia é despertada com o exercício, todavia, com o seu desenvolvimento os pacientes experienciam cada vez mais dispneia associada à mínima exercitação ou mesmo ao repouso (Bourbeau, 2009). A fadiga também é um dos sintomas mais experienciados pelos pacientes. Num estudo que envolveu pacientes com DPOC (n=36), 47,2% referiram que a fadiga estava presente diariamente, sendo que 25% a consideravam um dos piores sintomas e 19,4% como o pior (Theander & Unosson, 2004). Assim, a dispneia e a fadiga são os sintomas mais incapacitantes na DPOC, uma vez que afectam a funcionalidade física dos pacientes, contribuindo para evitar a realização das actividades físicas e consequente descondicionamento, criando um ciclo vicioso (Bourbeau, 2009; Mollaoglu, Fertelli, & Tuncay; Ries, 2006; Theander, Jakobsson, Torstensson, & Unosson, 2008). Para além da incapacidade física, estes sintomas também interferem frequentemente com a funcionalidade psicológica e social dos pacientes, limitando a sua participação nos seus

papéis sociais e profissionais, como a vida familiar, a vida sexual e a actividade profissional. A restrição física, própria da doença, associada a esta restrição social, resulta muitas vezes num impacto negativo significativo na qualidade de vida dos pacientes. Devido a este impacto negativo da doença, os pacientes com DPOC desenvolvem frequentemente sentimentos de ansiedade e depressão (Barnett, 2005; Mikkelsen, Middelboe, Pisinger, & Stage, 2004; Putman-Casdorph & McCrone). A evidência demonstra que a prevalência da depressão varia entre 10 a 42% e da ansiedade entre 10 a 19% (Maurer et al., 2008).

As características individuais dos pacientes, o seu contexto social, como a condição ocupacional e familiar, e o suporte social também afectam os sintomas experienciados e a percepção da doença. Alguns estudos têm vindo a demonstrar que uma percepção da doença com conotação negativa, como a atribuição de muitos sintomas e a sensação de pouco controlo, está associada a maior incapacidade funcional (Howard, Hallas, Wray, & Carby, 2009; Kaptein et al., 2008; Scharloo, Kaptein, Weinman, Willems, & Rooijmans, 2000). Também se tem verificado que um suporte social positivo, através da contribuição na aceitação da doença, na melhoria da auto-estima e da auto-gestão, está associado a uma melhor experiência da doença (Gallant, 2003; Sayers, Riegel, Pawlowski, Coyne, & Samaha, 2008).

Tendo em conta que a DPOC não pode ser mais vista como uma doença puramente respiratória, a avaliação do paciente não deve considerar apenas as consequências da doença, mas também as suas vivências e as suas características pessoais. A avaliação do paciente com DPOC deve, por isso, considerar tanto os sintomas da obstrução do fluxo de ar e das limitações funcionais, como todos os aspectos que interagem com a vida do indivíduo. Medidas de saúde específicas têm vindo a ser usadas para avaliar os pacientes com DPOC, no entanto, estas centram-se na avaliação das consequências da doença e de aspectos específicos da saúde dos pacientes e raramente têm em conta os factores pessoais e ambientais (Garrod, et al., 2002; Meguro, et al., 2007; Sewell & Singh, 2001; G. Stucki, et al., 2002; Yohannes, et al., 2002). Com o modelo biopsicossocial da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da OMS, é possível ultrapassar estas limitações e descrever de forma mais abrangente a experiência dos pacientes que vivem com DPOC em estadio avançado (OMS, 2004).

1.3 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

1.3.1 Perspectiva Biopsicossocial

Com a aprovação da CIF em 2001, a OMS passou a disponibilizar um quadro conceptual de referência universal, que permite uma descrição abrangente dos aspectos da funcionalidade e da incapacidade, associados a uma condição de saúde (OMS, 2004). A CIF integra dois modelos distintos de cuidados de saúde, o modelo biomédico e o modelo social, baseando-se numa perspectiva única e coerente, a perspectiva biopsicossocial (Mpofu & Oakland, 2010; WHO, 2001). Esta perspectiva integra o diagnóstico com os aspectos psicossociais da vida, dando um valor equivalente a todos os factores que têm impacto na saúde e funcionalidade (Mpofu & Oakland, 2010).

Os conceitos centrais desta perspectiva biopsicossocial são a funcionalidade e a incapacidade. A funcionalidade é o termo genérico para as funções e estruturas do corpo, actividades e participação e corresponde aos aspectos positivos da interacção entre um indivíduo com uma condição de saúde e o seu contexto. A incapacidade é o termo genérico para deficiências, limitações da actividade e restrições na participação e é o resultado negativo da interacção entre um indivíduo com uma condição de saúde e o seu contexto (WHO, 2001). A interacção entre os componentes funcionalidade, incapacidade e saúde é demonstrada na Figura I.

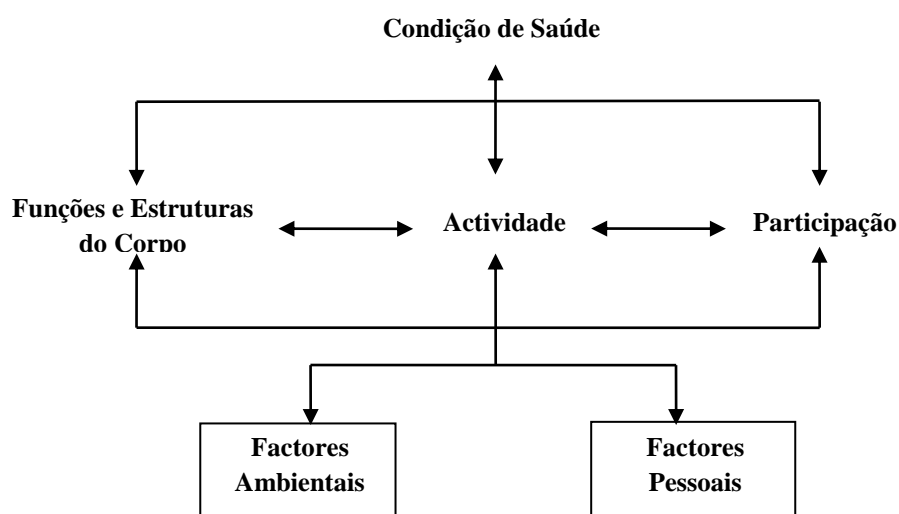


Figura I - Interações entre os componentes da CIF (OMS, 2004).

1.3.2 Estrutura da CIF

A CIF estrutura a informação de forma integrada e simples. A informação é organizada em duas partes, a primeira parte diz respeito à Funcionalidade e Incapacidade e a segunda aos Factores Contextuais. Cada uma das partes subdivide-se ainda em duas componentes. As componentes da parte Funcionalidade e Incapacidade são: Funções e Estruturas do corpo e Actividades e Participação. Os Factores Contextuais são compostos pelas componentes Factores Ambientais e Pessoais (WHO, 2001). As unidades de classificação da CIF são as categorias dentro dos domínios da saúde e daqueles relacionados com a saúde. Cada categoria da CIF tem atribuído um código, composto por uma letra que se refere aos componentes da classificação (*b*: funções do corpo, *s*: estruturas do corpo, *d*: actividades e participação e *e*: factores ambientais), seguido de um código numérico, iniciado pelo número do capítulo (um dígito), seguido do segundo nível (dois dígitos) e do terceiro e quarto níveis (um dígito cada) (WHO, 2001).

1.3.3 Aplicação da CIF no contexto clínico

A OMS tem como objectivo que todos os seus Estados membros adoptem a CIF como sistema de classificação nos múltiplos sectores (saúde, educação, segurança social, política, estatística) (WHO, 2001). Neste seguimento, a adopção da CIF tem sido considerada uma prioridade do Governo Português, nomeadamente, nos sectores estatístico e da saúde (SNRIPD, 2006). Exemplos desta determinação são as Grandes Opções do Plano 2005-2009, especificamente, na 2ª opção “Mais e melhor reabilitação”, o I Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidades 2006-2009 e a aprovação da CIF para fins estatísticos pelo Conselho Superior de Estatística em 2002 (“240.ª deliberação do Conselho Superior de Estatística - aprovação para fins estatísticos da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde,” 2003; SNRIPD, 2006).

Com a uniformização de conceitos e terminologias, a CIF disponibiliza não só uma ferramenta etiológica, mas também uma classificação para aplicação universal, que permite a descrição da funcionalidade, quer a nível individual como populacional. Especificamente no contexto clínico, a CIF permite avaliar necessidades e compatibilizar os tratamentos com as condições específicas, facilitando o processo de reabilitação (WHO, 2001). No

entanto, para cumprir estes objectivos a CIF deve ser adaptada, uma vez que na sua forma original, com mais de 1400 categorias, a sua aplicação é complexa e morosa (G. Stucki, Ewert, et al., 2002).

1.3.4 Desenvolvimento de *core sets* da CIF

A fim de melhorar a aplicabilidade da classificação da CIF, um grupo de trabalho da CIF, colaborador da OMS e sediado em Munique, tem vindo a desenvolver e a validar conjuntos de categorias da CIF, designados de *core sets* (G. Stucki et al., 2002; G. Stucki, Ewert, et al., 2002). Os *core sets* incluem um número mínimo de categorias para a sua aplicação ser prática, mas ao mesmo tempo, abrangente para descrever o espectro típico de problemas de funcionalidade dos pacientes com determinada condição (Cieza, et al., 2004).

O desenvolvimento dos *core sets* tem-se baseado tanto em decisões formais como em processos de consenso que integraram evidência de estudos preliminares e de opinião de *experts* (Cieza, et al., 2004). Apresentam-se em duas formas: uma breve, com o mínimo de categorias possíveis para descrever a funcionalidade dos indivíduos com determinada condição, e uma mais alargada, que inclui as categorias necessárias para uma avaliação mais completa e multidisciplinar (Cieza, et al., 2004; A. Stucki et al., 2004). O *core set* alargado da CIF para as doenças pulmonares obstrutivas é constituído por 71 categorias, sendo que 67 categorias são do segundo nível e 4 do terceiro nível. Das 71 categorias, 19 (27%) são da componente Funções do Corpo, 5 (7%) da componente Estruturas do Corpo, 24 (34%) da componente Actividades e Participação e 23 (32%) da componente Factores Ambientais (A. Stucki, et al., 2004). Através desta ferramenta de classificação é possível avaliar as necessidades dos pacientes com DPOC numa perspectiva biopsicossocial. No entanto, com a necessidade de implementação de um modelo de cuidados de saúde centrado no paciente, o *core set* da CIF, apesar de permitir registar implicitamente a perspectiva do indivíduo sobre a sua situação, não explora em profundidade a sua experiência de viver e lidar com a doença (Barnett, 2005; Toms & Harrison, 2002).

1.4 Modelo de cuidados centrado no paciente

1.4.1 Necessidade de um modelo de cuidados centrado no paciente

Os sistemas de saúde estão organizados em volta de um modelo biomédico, que se foca no tratamento de sintomas agudos e nas características e consequências da doença (WHO, 2002). No entanto, perante o crescimento das doenças crónicas, que requerem tratamentos contínuos por longos períodos de tempo e que afectam profundamente as dimensões sociais, psicológicas e económicas da vida dos pacientes, este modelo de cuidados é reconhecidamente insuficiente (WHO, 2002). Especificamente os pacientes com DPOC convivem com uma doença altamente incapacitante, necessitando mais do que intervenções exclusivamente biomédicas, mas de um apoio que vá ao encontro das suas diferentes necessidades (Sousa, Mendes, & Relvas, 2007; WHO, 2002).

Face a esta lacuna na resposta às condições crónicas, torna-se imperativo a evolução dos sistemas de saúde. Neste seguimento, a OMS alerta que um dos grandes desafios do século XXI é a organização dos cuidados de saúde em redor do paciente, isto é, a adopção de um modelo de cuidados de saúde centrado no paciente (WHO, 2005). Segundo a *International Alliance of Patients' Organizations*, uma aliança global que representa pacientes de todas as nacionalidades, cuidados de saúde centrados no paciente são aqueles desenhados e aplicados tendo o paciente como o centro, com o objectivo de identificar e satisfazer todas as suas necessidades e preferências (International Alliance of Patients' Organizations, 2007).

Vários estudos têm vindo a demonstrar que existe uma relação positiva entre um modelo de cuidados centrado no paciente e os resultados atingidos (M Stewart, 2001; Moira Stewart et al., 2000; Stone, 2008). Ao envolver os pacientes nos cuidados e tornando-os mais activos no seu tratamento, tem-se verificado que se aumenta a sua satisfação e qualidade de vida, reduzem-se os sintomas de ansiedade e, ao mesmo tempo, melhora-se a eficiência dos cuidados de saúde (M Stewart, 2001; Moira Stewart, et al., 2000). Um estudo recente comparou os resultados de duas unidades hospitalares durante 5 anos, onde uma implementou um modelo de cuidados centrado no paciente e a outra não. Nesse estudo, verificou-se que durante os 5 anos, na unidade que adoptou a abordagem centrada

no paciente, o tempo médio de internamento foi menor e a satisfação dos pacientes significativamente maior (Stone, 2008).

Para implementar este modelo de cuidados de saúde e implementar intervenções adequadas é crucial conhecer a própria perspectiva dos pacientes, para que sejam identificados os seus valores, preferências, expectativas e necessidades (Frampton et al., 2008).

1.4.2 Explorar a perspectiva do paciente, nomeadamente no paciente com DPOC

Grande parte da investigação sobre a DPOC baseia-se em estudos quantitativos. O seu foco tem sido no impacto dos sintomas da doença, na funcionalidade e na qualidade de vida dos pacientes (Barnett, 2005; P. Jones et al., 2011; Katsura, Yamada, Wakabayashi, & Kida, 2005, 2007; Ozalevli & Ucan, 2006; Peters et al.; Williams, Bruton, Ellis-Hill, & McPherson, 2007). As questões consideradas relevantes pelos próprios pacientes e a sua vivência da doença são contudo, largamente ignoradas (Barnett, 2005; Kessler et al., 2006; Williams, et al., 2007).

A investigação qualitativa tem ganho um crescente reconhecimento e aceitação junto das ciências da saúde (Mays & Pope, 2000; Niesz, Koch, & Rumrill, 2008; Öhman, 2005). Especificamente nas ciências da saúde, a metodologia qualitativa permite explorar a perspectiva de quem experiencia o problema de saúde, dando a oportunidade aos pacientes de expressarem a sua vivência da doença, as suas necessidades e expectativas nas suas próprias palavras e de acordo com o que percebem (Foss & Ellefsen, 2002; Giacomini & Cook, 2000).

Os métodos qualitativos mais usados para captar a perspectiva do paciente são a entrevista individual e o *focus group* (Andrew & Halcomb, 2009; Green & Thorogood, 2004). Não existem, no entanto, recomendações quanto ao método mais adequado a usar em cada situação. As entrevistas individuais fornecem tempo suficiente aos pacientes para desenvolverem as questões que consideram relevantes e têm sido utilizadas para captar a experiência de viver com DPOC (Gardiner et al., 2009; Green & Thorogood, 2004; Haughney et al., 2005; I. Jones et al., 2004; Kessler, et al., 2006; Oliver, 2001). Muitas vezes, os métodos qualitativos são combinados com quantitativos de forma a obter um

visão mais abrangente e rica acerca de um determinado tópico de investigação. Enquanto a abordagem quantitativa fornece uma visão geral e ampla, os dados qualitativos proporcionam uma compreensão mais profunda e multifacetada (Foss & Ellefsen, 2002). Através da compreensão da experiência da doença é possível desenhar e implementar intervenções com foco nos elementos considerados relevantes pelo paciente, melhorando assim a interacção entre este e os sistemas de saúde (Foss & Ellefsen, 2002) e contribuindo para um modelo de prestação de cuidados centrado no paciente.

1.5 Sumário

Este capítulo teve como objectivos fazer um enquadramento da DPOC, descrever a funcionalidade e incapacidade associadas à doença e a relevância do uso da CIF, bem como de metodologias qualitativas, para conhecer as necessidades dos pacientes com DPOC.

CAPÍTULO II – MÉTODOS

2.1 Introdução

A metodologia é o plano de acção utilizado pelo investigador para orientar a realização do seu estudo (Andrew & Halcomb, 2009). Assim, neste capítulo serão descritos os seguintes aspectos contemplados no estudo: o desenho, os objectivos, o local de realização, a constituição da amostra, os critérios de inclusão e exclusão, os aspectos éticos, o recrutamento, os instrumentos utilizados para a recolha de dados, a confidencialidade e anonimato dos dados e por último os métodos da análise dos dados.

2.2 Objectivos do estudo

De uma forma global, este estudo pretendeu caracterizar e compreender a vivência da DPOC em estadio avançado, de acordo com a CIF. Os objectivos específicos do estudo foram: i) descrever as características sócio-demográficas dos pacientes com DPOC nos estadios III e IV; ii) conhecer os principais problemas dos pacientes com DPOC através do *core set* da CIF para as doenças pulmonares obstrutivas; iii) compreender a experiência da DPOC na perspectiva dos próprios pacientes através da realização de entrevistas individuais; e iv) comparar os principais problemas e a percepção da experiência da doença dos pacientes com DPOC entre estadios, géneros e entre os idosos e os mais jovens.

2.3 Desenho do estudo

Neste estudo foi utilizada uma metodologia mista de recolha e análise de dados, reunindo métodos quantitativos e qualitativos. Através do recurso a um desenho metodológico misto é possível capturar o melhor de ambos os métodos, proporcionando uma compreensão mais rica e autêntica do problema de investigação (Andrew & Halcomb, 2009; Casey & Murphy, 2009; Foss & Ellefsen, 2002; Toms & Harrison, 2002).

2.4 Local de realização do estudo

Esta investigação incidiu sobre uma amostra de pacientes com DPOC do Distrito de Aveiro, seguidos em regime de ambulatório pelo Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Centro Hospitalar entre o Douro e Vouga, em Santa Maria da Feira.

2.5 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão para este estudo foram: diagnóstico de DPOC no estadio III e IV, de acordo com os critérios da GOLD (2010), idade igual ou superior a 18 anos, seguimento pelo Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar entre o Douro e Vouga em regime de ambulatório, ser capaz de compreender os objectivos do estudo e dar consentimento informado. Os pacientes foram excluídos de participar no estudo quando apresentavam problemas psiquiátricos graves e sinais de consumo abusivo de substâncias tóxicas.

2.6 Aspectos éticos

O presente estudo, integrado no projecto “Reabilitar pessoas idosas com COPD e suas famílias: promover programas de intervenção integrados baseados na CIF” (referência do projecto RIPD/CIF/109502/2009), financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, recebeu aprovação ética da Comissão de Ética do Centro Hospitalar entre o Douro e Vouga (Anexo I).

2.7 Recrutamento

O acesso aos potenciais participantes deu-se através do médico director do Serviço Medicina Física e de Reabilitação, ao qual foi solicitada a identificação dos pacientes portadores de DPOC em situação elegível. Após a identificação dos pacientes, estes foram contactados telefonicamente pelas administrativas do mesmo serviço. Neste primeiro contacto foi-lhes explicado o objectivo do estudo e questionada a intenção de participar, tendo sido esclarecido que a decisão de não colaborar não afectaria a qualidade de quaisquer serviços, sociais ou de saúde, que estavam habitualmente disponíveis. Quando os pacientes aceitavam participar, era agendada uma data e um horário de encontro, tendo em conta a sua disponibilidade. Esta informação era *a posteriori*, transmitida à investigadora.

Nesse encontro, era fornecida informação mais completa e por escrito sobre o estudo (Apêndice I), esclareciam-se possíveis dúvidas e eram obtidos os consentimentos informados (Apêndice II). Depois, procedia-se à aplicação do *core set* e à realização da entrevista. As recolhas de dados foram realizadas numa sala do serviço de Medicina Física e de Reabilitação disponibilizada para o efeito, tendo ocorrido entre Novembro de 2010 e Fevereiro de 2011.

2.8 Amostra

Para este estudo foram identificados 18 pacientes, 1 não correspondia aos critérios de inclusão e 2 não terminaram a sua participação no estudo. A amostra definitiva, de conveniência, foi constituída por 15 pacientes (8 do género feminino) com idades compreendidas entre os 45 e os 80 anos.

2.9 Instrumentos do estudo

Os dados foram recolhidos usando uma metodologia mista, através da utilização do *core set* alargado da CIF para as doenças pulmonares obstrutivas e da realização de entrevistas individuais. O *core set* alargado da CIF para as doenças pulmonares obstrutivas permite descrever de forma abrangente e completa o espectro típico de problemas de funcionalidade dos pacientes com DPOC (Cieza et al., 2004; OMS, 2004; A. Stucki, et al., 2004). As entrevistas individuais complementam esta abordagem quantitativa, ao explorar em profundidade a perspectiva do paciente sobre estes problemas e sobre a experiência de viver e lidar com a doença (Barnett, 2005; Toms & Harrison, 2002).

O preenchimento do *core set* (Apêndice III) foi baseado: i) nas informações dadas pelo paciente e por um familiar (companheiro(a) ou familiar próximo, que poderia ter função de cuidador); ii) nos exames complementares de diagnóstico e iii) no exame físico do paciente. O exame físico do paciente passou pela observação e inspecção de alterações posturais, bem como de sinais de dificuldade respiratória (observação da actividade do diafragma e dos músculos acessórios, avaliação do ritmo, padrão e profundidade da respiração), avaliação de sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, dor), avaliação do pulso (ritmo e volume) e da saturação periférica de oxigénio, avaliação do índice de massa corporal (IMC), determinação do grau de obstrução brônquica, através da

realização da espirometria (Miller et al., 2005) e avaliação da capacidade funcional, através da realização do teste Levantar e Ir (Podsiadlo & Richardson, 1991). Foi escolhida esta abordagem porque a precisão e abrangência da avaliação aumenta quando se recorre a várias fontes de informação (Starrost et al., 2008).

Neste estudo, a componente Actividades e Participação foi avaliada tendo em conta a restrição no desempenho e não a limitação da capacidade. Quanto à componente dos Factores Ambientais, estes foram codificados apenas como barreiras (0 nenhuma barreira, 1 barreira ligeira, 2 barreira moderada, 3 barreira grave e 4 barreira completa). Os qualificadores usados nas componentes Funções e Estruturas do Corpo e Actividades e Participação tiveram a gradação descrita na CIF (OMS, 2004). A aplicação do *core set* teve a duração média de 45 minutos.

Para explorar a perspectiva do paciente sobre a experiência de viver com DPOC recorreu-se a entrevistas individuais, uma vez que permitem evocar experiências e perspectivas pessoais daqueles que vivem o problema de saúde (Barnett, 2005; Coenen, 2008; Giacomini & Cook, 2000; Kanervisto, Kaistila, et al., 2007; Scharloo, et al., 2007; Seamark, et al., 2004). As entrevistas foram conduzidas de uma forma semi-directiva, de acordo com um guião pré-estabelecido (Apêndice IV), que abordava essencialmente o significado de viver com a DPOC e as principais mudanças e necessidades decorrentes da doença. Estas foram gravadas em áudio e tiveram uma duração média de 12,10 minutos (DP=2,27).

2.10 Confidencialidade e anonimato dos dados

A confidencialidade e anonimato dos dados foram assegurados através da atribuição de um código a cada paciente, para proteger a sua identificação e o computador onde se encontrava a base de dados foi protegido por uma palavra-passe. Na fase qualitativa do estudo, os pacientes foram identificados apenas pelos primeiros nomes e no momento da transcrição dos dados estes foram modificados. Todos os dados obtidos através da aplicação do *core set* da CIF e os registos em áudio das entrevistas foram guardados de acordo com as regras de protecção de dados da Universidade de Aveiro, onde só os investigadores do estudo têm acesso.

2.11 Análise dos dados

A estatística descritiva foi usada para caracterizar a amostra do estudo e para calcular a frequência dos problemas registados pelo *core set* da CIF. Os problemas com uma frequência superior a 70% foram considerados os mais importantes (Bautz-Holter, Sveen, Cieza, Geyh, & Røe, 2008; Grill et al., 2005). Uma vez que neste estudo as variáveis estão definidas numa escala ordinal, foram aplicados testes não paramétricos. Para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas na frequência e na extensão dos problemas identificados entre os estadios da DPOC, entre os géneros e entre os grupos etários foi usado o teste U de Mann-Whitney (Marôco, 2007). Na análise usou-se uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0,05 (Marôco, 2007). Todas as análises estatísticas foram realizadas no software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 para o *Windows*.

Para analisar as entrevistas recorreu-se à Análise de Conteúdo Dedutiva. A abordagem dedutiva é usada quando a estrutura da análise é operacionalizada na base de um conhecimento prévio, como uma teoria ou um modelo (Berg, 2001). Neste estudo, a análise dedutiva foi guiada pelo quadro conceptual da CIF, uma vez que permite analisar a vivência da DPOC através da interacção dinâmica entre as condições de saúde e os factores ambientais e pessoais do paciente (OMS, 2004).

2.12 Sumário

Este capítulo teve como objectivo principal descrever as diferentes etapas da condução deste estudo de investigação para caracterizar os pacientes com DPOC em estadio avançado, através de uma metodologia mista: aplicação do *core set* da CIF para as doenças pulmonares obstrutivas e realização de entrevistas individuais.

CAPÍTULO III – RESULTADOS

3.1 Introdução

Este capítulo começa por descrever a amostra do estudo, apresentando de seguida os resultados obtidos com a aplicação do *core set* alargado da CIF para as doenças pulmonares obstrutivas e os resultados da comparação dos dados entre os participantes que se encontravam no estadio III e IV, entre homens e mulheres e entre os idosos e os mais jovens. Por fim, os resultados da análise de conteúdo proveniente das entrevistas semi-estruturadas realizadas aos participantes são apresentados de acordo com o contexto da CIF.

3.2 Amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 15 pacientes com DPOC, 8 do género feminino, cujas características sócio-demográficas e antropométricas são apresentadas na Tabela II. Os participantes apresentavam uma média de idades de $63,27 \pm 8,64$ (45-80) anos, sendo que mais de metade ($n=9$; 60%) tinha idade inferior a 65 anos e era casado ($n=10$; 66,67%). Grande parte dos participantes apenas frequentou o 1º ciclo do ensino básico ($n=8$; 53,33%) e encontrava-se reformado ($n=12$; 80%).

Relativamente à fonte de suporte dos participantes, os cônjuges ($n=9$; 60%) e os filhos ($n=4$; 26,67%) foram as pessoas mais apontadas como fonte de apoio e de suporte. Dois participantes referiram ser apoiados por pessoas diferentes, um por um neto (6,67%) e outro por um vizinho (6,67%). Do ponto de vista antropométrico, o IMC médio dos participantes foi de $27,39 \pm 5,12 \text{ Kg/m}^2$. Segundo a classificação da OMS, 4 (26,67%) dos participantes encontravam-se numa situação de pré-obesidade e outros 5 participantes já numa situação de obesidade, 3 (20%) obesidade classe I e 2 (13,33%) classe II.

Tabela II - Características sócio-demográficas e antropométricas dos participantes (n=15).

	M±DP (intervalo) ou n (%)
Género	
Feminino	8 (53,33%)
Masculino	7 (46,67%)
Idade (anos)	63,27±8,64 (45-80)
Grupo etário	
< 65 anos	9 (60%)
≥ 65 anos	6 (40%)
Estado civil	
Casado	10 (66,67%)
Viúvo	3 (20%)
Solteiro	1 (6,67%)
União de facto	1 (6,67%)
Educação formal (anos)	
≤ 3 anos	4 (26,67%)
4 anos	8 (53,33%)
≥ 5 anos	3 (20%)
Ocupação habitual	
Reformado	12 (80%)
Desempregado	3 (20%)
IMC (kg/m²)	27,39±5,12(20,44-36,72)
Classificação da obesidade	
Variação normal	6 (40%)
Pré-obesidade	4 (26,67%)
Obesidade classe I	3 (20%)
Obesidade classe II	2 (13,33%)

As características da função pulmonar e da oxigenoterapia de longa duração dos participantes são apresentadas na Tabela III. No que diz respeito à obstrução do fluxo de ar, todos os participantes apresentavam um valor do VEMS inferior a 50% do previsto, tendo o valor médio sido de 31,13±11,15% do previsto. Segundo a classificação da GOLD da severidade da doença, 9 participantes (60%) encontravam-se num estadio grave da doença (estadio III) e 6 (40%) num estadio muito grave (estadio IV). A oxigenoterapia de longa duração era um tratamento realizado por 10 participantes (66,67%), metade destes realizavam a terapia com o oxigénio na forma líquida e a outra metade na forma gasosa. A maioria dos participantes no estadio III que realizava esta terapia (n=5; 71,43%) tinha prescrita menos de 16 horas diárias, enquanto os que se encontravam no estadio IV da doença (n=3; 100%) tinham prescritas 16 horas ou mais, conforme a Tabela III.

Tabela III - Características da função pulmonar e da realização de oxigenoterapia de longa duração dos participantes (n=15).

	Estadio III M±DP ou n(%)	Estadio IV M±DP ou n(%)	Estadio III e IV M±DP (intervalo) ou n(%)
VEMS previsto (%)	39,11±5,80	19,17±2,79	31,13±11,15(16-47)
Oxigenoterapia			
Sim	7(77,78%)	3(50%)	10(66,67%)
Não	2(22,22%)	3(50%)	5(33,33%)
Forma do oxigénio			
Líquido	3(42,85%)	2(66,67%)	5(50%)
Gasoso	4(57,14%)	1(33,33%)	5(50%)
Horas oxigenoterapia/dia			
< 16	5(71,43%)	0	5(50%)
≥ 16	2(28,57%)	3(100%)	5(50%)

3.3 Core set alargado da CIF para as doenças pulmonares obstrutivas

Esta secção descreve os resultados obtidos com a aplicação do *core set* alargado da CIF para as doenças pulmonares obstrutivas aos participantes com DPOC, sendo os mesmos apresentados por cada componente da CIF. Foram também explorados os resultados obtidos através das comparações entre os estadios da doença, entre os géneros e ainda entre os participantes idosos e os mais jovens. Dado o carácter extenso deste capítulo, apenas são enfatizados no texto os resultados estatisticamente significativos ou de relevância clínica, embora possa a sua totalidade ser visualizada em tabelas que vão sendo apresentadas nas respectivas secções ou em apêndices devidamente identificados.

3.3.1 Funções do Corpo

Na componente das Funções do Corpo, os problemas relacionados com a energia (n=12; 80%), a gestão das emoções (n=12; 80%), a dor (n=13; 86,67%), a respiração (n=12; 80%), os músculos respiratórios (n=15; 100%), a tolerância ao exercício (n=15; 100%) e a dispneia (n=15; 100%) foram os relatados como sendo os mais frequentes (frequência superior a 70%) entre os participantes, conforme apresentado na Tabela IV.

Os problemas relacionados com a sensação de dor eram experienciados por todos os participantes no estadio III e por 4 no estadio IV (66,67%). Analisando a extensão deste problema, enquanto no estadio III a sensação de dor era considerada como um problema ligeiro (n=2), moderado (n=4) e grave (n=3), no estadio IV em dois participantes este problema representava uma deficiência completa, que perturbava totalmente a vida destes.

Relativamente às deficiências associadas à função dos músculos respiratórios, presentes em todos os participantes, é visível pela Tabela IV que nos participantes do estadio IV estes problemas tinham uma maior gravidade (qualificador grave (n=5) e completo (n=1)) do que nos do estadio III (qualificador moderado (n=9)). Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,001$).

Nos participantes do estadio III, para além dos problemas acima referidos, a força e a resistência muscular também constituíram deficiências mais frequentemente observadas (n=7; 77,8%), com uma extensão ligeira (n=6) e moderada (n=1). Estes problemas, pelo contrário, estavam presentes em apenas três participantes (50%) no estadio IV com uma extensão ligeira (n=2) e moderada (n=1).

Quanto à dispneia, sensação experienciada por toda a amostra, verificou-se que no estadio III este problema foi classificado como moderado (n=1), grave (n=3) e completo (n=5), enquanto no estadio IV foi classificado por todos como completo. Embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa, o valor de $p=0,092$ confirma a tendência de que no estadio IV a dispneia representa um sintoma mais incapacitante, comparativamente com o estadio III.

Em todas as outras categorias das Funções do Corpo (ver a Tabela IV), as diferenças na frequência e na extensão dos problemas entre os estadios III e IV não foram estatisticamente significativas. No entanto, em categorias referenciadas com maior frequência, nomeadamente nas funções de energia, emocionais, dos músculos respiratórios, de tolerância ao exercício e nas sensações de dispneia, verificou-se que existia uma tendência dos problemas nos participantes no estadio IV terem uma maior gravidade, comparativamente com o estadio III.

Tabela IV - Categorias da componente das Funções do Corpo onde os participantes apresentaram problemas (qualificadores 1-4) (n=15).

Título da categoria CIF	Estadio III					Estadio IV					Estadio III e IV		
	1	2	3	4	1-4	1	2	3	4	1-4	1-4	p ^a	p ^b
	n	n	n	n	n(%)	n	n	n	n	n(%)	n(%)		
b130 Funções da energia e dos impulsos	2	0	3	2	7(77,78%)	1	1	0	3	5(83,33%)	12(80%)	1,000	0,293
b134 Funções do sono	1	1	1	3	6(66,67%)	1	1	1	0	3(50%)	9(60%)	0,622	0,148
b152 Funções emocionais	1	1	2	3	7(77,78%)	0	0	2	3	5(83,33%)	12(80%)	1,000	0,249
b1522 Amplitude da emoção	1	1	2	3	7(77,78%)	0	0	2	3	5(83,33%)	12(80%)	1,000	0,249
b280 Sensação de dor	2	4	3	0	9(100%)	0	1	1	2	4(66,67%)	13(86,67%)	0,143	0,393
b2801 Dor localizada	2	4	3	0	9(100%)	0	1	1	2	4(66,67%)	13(86,67%)	0,143	0,393
b310 Funções da voz	1	1	0	0	2(22,22%)	2	1	0	0	3(50%)	5(33,33%)	0,580	0,263
b410 Funções cardíacas	2	0	0	0	2(22,22%)	1	2	0	0	3(50%)	5(33,33%)	0,580	0,119
b430 Funções do sistema hematológico	1	0	0	0	1(11,11%)	1	1	1	0	3(50%)	4(26,67%)	0,235	0,077
b435 Funções do sistema imunológico	2	2	1	0	5(55,56%)	1	2	0	1	4(66,67%)	9(60%)	1,000	0,296
b440 Funções da respiração	1	0	3	3	7(77,78%)	1	1	2	1	5(83,33%)	12(80%)	1,000	0,329
b445 Funções dos músculos respiratórios	0	9	0	0	9(100%)	0	0	5	1	6(100%)	15(100%)	1,000	0,001*
b450 Funções respiratórias adicionais	2	2	0	0	4(44,44%)	1	1	0	0	2(33,33%)	6(40%)	1,000	0,470
b455 Funções de tolerância ao exercício	0	1	1	7	9(100%)	0	0	0	6	6(100%)	15(100%)	1,000	0,343
b460 Sensações associadas às funções cardiovasculares e respiratórias	0	1	3	5	9(100%)	0	0	0	6	6(100%)	15(100%)	1,000	0,092
b530 Funções de manutenção do peso	1	4	1	0	6(66,67%)	2	1	1	0	4(66,67%)	10(66,67%)	1,000	0,411
b730 Funções da força muscular	6	1	0	0	7(77,78%)	2	1	0	0	3(50%)	10(66,67%)	0,580	0,271
b740 Funções da resistência muscular	6	1	0	0	7(77,78%)	2	1	0	0	3(50%)	10(66,67%)	0,580	0,271
b780 Sensações relacionadas com os músculos e funções do movimento	3	2	0	0	5(55,56%)	0	2	1	1	4(66,67%)	9(60%)	1,000	0,106

Negrito - categorias com frequência superior a 70%; ^a Diferença quanto à frequência do problema entre os estadios III e IV; ^b Diferença quanto à gravidade do problema entre os estadios III e IV.

No apêndice V é apresentada a tabela com os problemas da componente das Funções do Corpo organizados quanto ao género e à idade. No que diz respeito às diferenças entre os géneros, verificou-se que problemas associados com o sono (n=6; 75%), o sistema imunológico (n=6; 75%), a manutenção do peso (n=7; 87,50%), a força e a resistência muscular (n=8; 100%) e com as sensações relacionadas com os músculos (n=6; 75%) foram mais frequentes nas mulheres do que nos homens. Estas diferenças só foram estatisticamente significativas na força e resistência muscular (p=0,007). Relativamente à extensão destes problemas, as mulheres qualificaram os problemas de manutenção do peso e de força e resistência muscular de forma mais grave, do que os homens. Estas diferenças foram estatisticamente significativas (p=0,024 e p=0,004). Quanto ao factor idade, não

foram verificadas diferenças estatisticamente significativas na componente Funções do Corpo (ver apêndice V). Contudo verificou-se que os idosos apresentavam com maior frequência problemas emocionais (n=6; 100%), de dor (n=6; 100%), de força e de resistência muscular (n=5; 83,33%). Também se observou nos idosos que os problemas de força e resistência muscular constituíam problemas com uma maior gravidade, comparativamente com os mais jovens (p=0,092). Pelo contrário, foi nos participantes mais jovens que se identificaram com maior frequência problemas de energia (n=8; 88,89%).

3.3.2 Estruturas do Corpo

Na componente das Estruturas do Corpo, problemas com a estrutura do aparelho respiratório estavam presentes em toda a amostra. Nos participantes do estadio III estes problemas foram identificados maioritariamente como moderados (n=7), enquanto nos do estadio IV como graves (n=3) e completos (n=3), conforme a Tabela V. Estas diferenças foram estatisticamente significativas (p=0,004). Outros problemas das estruturas do corpo foram identificados, no entanto, a sua frequência não foi superior a 70% (critério utilizado para determinar os problemas mais importantes da amostra).

Tabela V - Categorias da componente das Estruturas do Corpo onde os participantes apresentaram problemas (qualificadores 1-4) (n=15).

Título da categoria CIF		Estadio III					Estadio IV					Estadio III e IV		
		1	2	3	4	1-4	1	2	3	4	1-4	1-4	p ^a	p ^b
		n	n	n	n	n(%)	n	n	n	n	n(%)	n(%)		
s410	Estrutura do aparelho cardiovascular	1	1	0	0	2(22,22%)	0	2	0	0	2(33,33%)	4(26,67%)	0,710	0,341
s430	Estrutura do aparelho respiratório	0	7	1	1	9(100%)	0	0	3	3	6(100%)	15(100%)	1,000	0,004*
s710	Estrutura da região da cabeça e pescoço	2	1	0	0	3(33,33%)	2	2	0	0	4(66,67%)	7(46,67%)	0,315	0,158
s720	Estrutura da região do ombro	1	1	0	0	2(22,22%)	1	0	0	0	1(16,67%)	3(20%)	1,000	0,501
s760	Estrutura do tronco	1	1	0	0	2(22,22%)	1	0	0	0	1(16,67%)	3(20%)	1,000	0,501

Negrito - categorias com frequência superior a 70%; ^a Diferença quanto à frequência do problema entre os estadios III e IV;

^b Diferença quanto à gravidade do problema entre os estadios III e IV.

Quando analisados os dados comparando os géneros e os grupos etários (ver apêndice VI), não se encontraram diferenças estatisticamente significativas ou de relevância clínica.

3.3.3 Actividades e Participação

De uma forma geral, nesta componente do *core set* (Tabela VI), os problemas na execução de actividades como deslocar-se, adquirir bens e serviços, realizar tarefas domésticas, cuidar dos objectos da casa e participar em actividades de recreação e lazer eram experienciados por todos os participantes. Para além dos problemas acima descritos, executar a rotina diária (n=13; 86,67%), lidar com o stress e outras exigências psicológicas (n=14; 93,33%), andar (n=12; 80%), deslocar-se por diferentes locais (n=13; 92,86%) e vestir-se (n=14; 93,33%) também constituíam dificuldades frequentemente vividas pelos participantes.

Quando realizada a comparação entre os estadios da DPOC, as dificuldades em lidar com o stress e outras exigências psicológicas apresentaram frequências elevadas tanto no estadio III (n=8; 88,89%), como no estadio IV (n=6; 100%). No entanto, a extensão destas dificuldades no estadio III foi classificada com todos os qualificadores, enquanto no estadio IV apenas com os qualificadores grave (n=2) e completo (n=4). Esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,077$), embora o valor do teste aponte no sentido de que no estadio IV estas dificuldades sejam mais incapacitantes, comparativamente com o estadio III.

Os problemas associados à actividade de andar não foram dos mais frequentes (n=4; 66,67%) junto dos participantes no estadio IV, ao contrário do que se observou no estadio III (n=8; 88,89%). Pelo contrário, dificuldades em vestir (n=5; 83,33%) e na participação na vida social comunitária (n=5; 83,33%) integraram o grupo das mais comuns entre os participantes no estadio IV da doença, não se verificando o mesmo no estadio III. Estas diferenças não foram, no entanto, estatisticamente significativas ($p=0,604$ e $p=0,287$). Para além da diferença na frequência das dificuldades de participação na vida comunitária entre os estadios, observa-se que enquanto no estadio III as dificuldades apresentavam-se com extensão ligeira (n=1), grave (n=1) e completa (n=2), no estadio IV estas apresentavam principalmente extensão completa (n=4). Esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,056$), embora o valor do teste confirme a tendência de que no estadio IV as dificuldades sejam mais incapacitantes, comparativamente com o estadio III. Adquirir bens e serviços constituíram dificuldades experienciadas por todos os participantes, a extensão destas dificuldades classificava-se essencialmente como grave (n=7) no estadio

III e como completa (n=5) no estadio IV. Estas diferenças foram estatisticamente significativas (p=0,002).

Tabela VI - Categorias da componente das Actividades e Participação onde os participantes apresentaram problemas (qualificadores 1-4) (n=15).

Título da categoria CIF	Estadio III					Estadio IV					Estadio III e IV		
	1	2	3	4	1-4	1	2	3	4	1-4	1-4	p ^a	p ^b
	n	n	n	n	n(%)	n	n	n	n	n(%)	n(%)		
d230 Executar a rotina diária	1	1	1	4	7(77,78%)	1	1	2	2	6(100%)	13(86,67%)	0,486	0,450
d240 Lidar com o stress e outras exigências psicológicas	2	1	2	3	8(88,89%)	0	0	2	4	6(100%)	14(93,33%)	1,000	0,077
d330 Falar	2	2	0	0	4(44,44%)	2	0	0	0	2(33,33%)	6(40%)	1,000	0,319
d410 Mudar a posição básica do corpo	2	3	0	0	5(55,56%)	1	1	0	0	2(33,33%)	7(46,67%)	0,608	0,294
d430 Levantar e transportar objectos	2	2	1	1	6(66,67%)	0	1	2	1	4(66,67%)	10(66,67%)	1,000	0,297
d450 Andar	6	2	0	0	8(88,89%)	2	1	0	1	4(66,67%)	12(80%)	0,525	0,528
d455 Deslocar-se	0	1	3	5	9(100%)	0	0	1	5	6(100%)	15(100%)	1,000	0,243
d460 Deslocar-se por diferentes locais	2	3	1	2	8(88,89%)	1	1	1	3	6(100%)	14(93,33%)	1,000	0,152
d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3(50%)	3(20%)	0,044*	0,044*
d470 Utilização de transporte	2	1	2	1	6(66,67%)	0	2	0	1	3(50%)	9(60%)	0,622	0,392
d475 Conduzir	1	0	1	1	3(33,33%)	0	2	0	0	2(33,33%)	5(33,33%)	1,000	0,462
d4750 Conduzir um meio de transporte com tracção humana	1	1	2	1	5(55,56%)	0	1	2	0	3(50%)	8(53,33%)	1,000	0,469
d510 Lavar-se	2	1	3	0	6(66,67%)	0	2	0	2	4(66,67%)	10(66,67%)	1,000	0,303
d540 Vestir-se	1	2	1	2	6(66,67%)	0	3	1	1	5(83,33%)	11(73,33%)	0,604	0,352
d570 Cuidar da própria saúde	1	3	0	0	4(44,44%)	2	0	0	0	2(33,33%)	6(40%)	1,000	0,243
d620 Aquisição de bens e serviços	0	2	7	0	9(100%)	0	1	0	5	6(100%)	15(100%)	1,000	0,002*
d640 Realizar as tarefas domésticas	3	1	1	4	9(100%)	0	1	1	4	6(100%)	15(100%)	1,000	0,154
d650 Cuidar dos objectos da casa	0	2	4	3	9(100%)	0	1	1	4	6(100%)	15(100%)	1,000	0,210
d660 Ajudar os outros	1	1	1	1	4(44,44%)	0	2	1	1	4(66,67%)	8(53,33%)	0,608	0,228
d770 Relacionamentos íntimos	1	1	1	2	5(55,56%)	1	1	1	0	3(50%)	8(53,33%)	1,000	0,336
d845 Obter, manter e sair de um emprego	0	0	0	1	1(11,11%)	0	0	1	0	1(16,67%)	2(13,33%)	1,000	0,657
d850 Trabalho remunerado	0	1	0	0	1(11,11%)	0	0	1	0	1(16,67%)	2(13,33%)	1,000	0,400
d910 Vida comunitária	1	0	1	2	4(44,44%)	0	0	1	4	5(83,33%)	9(60%)	0,287	0,056
d920 Recreação e Lazer	1	2	1	5	9(100%)	0	0	1	5	6(100%)	15(100%)	1,000	0,143

Negrito - categorias com frequência superior a 70%; ^a Diferença quanto à frequência do problema entre os estadios III e IV;

^b Diferença quanto à gravidade do problema entre os estadios III e IV.

Quanto ao género, pela análise do apêndice VII, observa-se que nas mulheres problemas associados com o andar ($n=8$; 100%) e a utilização de transporte ($n=6$; 75%), constituíram o grupo das dificuldades mais importantes, o mesmo não se verificou nos homens. Na utilização dos transportes também se verificou que era encarada como uma actividade mais incapacitante pelas mulheres ($p=0,049$). Os homens apresentavam problemas importantes relacionados com o levantar e transporte de objectos ($n=5$; 71,43%), com a condução de meios de transporte com tracção humana ($n=5$; 71,43%), com os cuidados de higiene, nomeadamente o banho ($n=5$; 71,43%) e com os relacionamentos íntimos ($n=5$; 71,43%), que foram encontrados nas mulheres com frequências mais baixas.

Quando analisados os dados na perspectiva da idade (ver apêndice VII), verificou-se que as dificuldades nos relacionamentos íntimos ($n=7$; 77,78%) integraram as dificuldades mais importantes dos participantes mais jovens. Nos participantes idosos estas dificuldades foram referidas unicamente por um paciente (16,67%). Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,041$). Comparativamente aos participantes mais jovens, constituíram problemas importantes nos participantes idosos o levantar e transporte de objectos ($n=5$; 83,33%), a utilização de transportes ($n=5$; 83,33%) e os auto-cuidados, como lavar ($n=5$; 83,33%) e vestir ($n=5$; 83,33%). Para além destas diferenças, observou-se também que a utilização de transportes ($p=0,049$) e o andar ($p=0,044$) constituíam dificuldades mais graves para os idosos.

3.3.4 Factores Ambientais

De acordo com a Tabela VII, o ambiente natural e as mudanças ambientais, nomeadamente o clima ($n=15$; 100%), as mudanças relacionadas com o tempo ($n=11$; 73,33%), os ciclos dia/noite ($n=11$; 73,33%) e a qualidade do ar ($n=14$; 93,33%) foram dos Factores Contextuais mais apontados pelos participantes como limitantes da sua funcionalidade.

Relativamente às mudanças relacionadas com o tempo e os ciclos dia/noite, estes factores ambientais foram considerados por todos os participantes no estadio IV como barreiras moderadas ($n=1$), graves ($n=2$) e completas ($n=3$). Contudo, nos participantes no estadio III estes factores não foram dos mais frequentes ($n=5$; 55,56%), sendo que apenas um paciente deste grupo os considerou uma barreira completa. Apesar de não ser

estatisticamente significativa a diferença da frequência destes factores ambientais, estes foram encarados pelos participantes no estadio IV como mais graves ($p=0,020$).

Tabela VII - Categorias da componente dos Factores ambientais onde os participantes apresentaram problemas (qualificadores 1-4) (n=15).

Título da categoria CIF	Estadio III					Estadio IV					Estadio III e IV		
	1	2	3	4	1-4	1	2	3	4	1-4	1-4	p^a	p^b
	n	n	n	n	n(%)	n	n	n	n	n(%)	n(%)		
e150 Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios para uso público	0	2	0	1	3(33,33%)	1	1	0	2	4(66,67%)	7(46,67%)	0,315	0,158
e155 Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios para uso privado	0	2	0	1	3(33,33%)	1	1	0	1	3(50%)	6(40%)	0,622	0,387
e225 Clima	0	2	3	4	9(100%)	0	0	3	3	6(100%)	15(100%)	1,000	0,364
e245 Mudanças relacionadas com o tempo	1	1	2	1	5(55,56%)	0	1	2	3	6(100%)	11(73,33%)	0,103	0,020*
e2450 Ciclos dia/noite	1	1	2	1	5(55,56%)	0	1	2	3	6(100%)	11(73,33%)	0,103	0,020*
e260 Qualidade do ar	1	1	4	2	8(88,89%)	0	1	1	4	6(100%)	14(93,33%)	1,000	0,071
e310 Família próxima	0	0	0	1	1(11,11%)	0	0	0	0	0	1(6,67%)	1,000	0,600
e460 Atitudes sociais	0	0	1	0	1(11,11%)	0	1	0	0	1(16,67%)	2(13,33%)	1,000	0,657
e540 Relacionados com os transportes	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1(16,67%)	1(6,67%)	0,400	0,400
e555 Relacionados com associações e organizações	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1(16,67%)	1(6,67%)	0,400	0,400
e575 Relacionados com o apoio social	0	0	1	0	1(11,11%)	0	1	0	0	1(16,67%)	2(13,33%)	1,000	0,657

Negrito - categorias com frequência superior a 70%; ^a Diferença quanto à frequência do problema entre os estadios III e IV;

^b Diferença quanto à gravidade do problema entre os estadios III e IV.

Não foram verificadas diferenças na relação com os Factores Ambientais entre os géneros (ver apêndice VIII). Com a análise da perspectiva das idades, observou-se que nos participantes idosos, em comparação com os mais jovens, a arquitectura dos edifícios, quer de uso público ($n=5$; 83,33%) quer de uso privado ($n=5$; 83,33%), constituiu uma das importantes barreiras à funcionalidade destes e também uma barreira mais grave. Estas diferenças foram estatisticamente significativas ($p=0,041$, $p=0,011$, $p=0,016$ e $p=0,002$).

3.4 Análise de Conteúdo

Nesta secção são apresentados os resultados da análise de conteúdo das entrevistas realizadas individualmente aos participantes, organizados por cada componente da CIF.

3.4.1 Funções e Estruturas do Corpo

i) Sintomas

A maioria dos participantes referiu sentir dispneia no seu dia-a-dia (n=13) e alguns consideravam mesmo que este era o seu principal problema (n=3). Para além da sensação de dispneia, os participantes também apontaram a fadiga como um sintoma muito limitante (n=6).

“ é a falta de ar que me prejudica tudo, é a deficiência...a falta de ar é o principal” (D. Rute, 45 anos, estadio IV)

“ a maior dificuldade, é que canso-me com uma certa facilidade” (Sr. Jorge, 57 anos, estadio III)

Todos os participantes referiram ter dificuldades de tolerância a esforços físicos devido à dispneia e à fatigabilidade. Esta intolerância ao esforço físico era experienciada principalmente em actividades como andar (n=12), subir escadas (n=6) e também em actividades de esforço que envolviam os membros superiores (n=7).

“ basta eu dar um passo, andar 10 ou 20 metros com um passo mais ligeiro, que já fico com o coração alterado, com falta de ar “ (Sr. Joaquim, 61 anos, estadio III)

“ se subir aí vinte degraus, já tenho de me agarrar ao varão...chego lá cima ao quarto e tenho de respirar um bocado porque chego cansado” (Sr. Amândio, 60 anos, estadio IV)

“ agarrar numa inchada” (Sr. António, 63 anos, estadio IV)

3.4.2 Actividades e Participação

i) Impacto da doença na vida pessoal

A DPOC teve um impacto negativo significativo na vida de todos os participantes, i.e., todos expressaram mudanças que foram acontecendo nas suas vidas como consequência da doença e metade dos participantes chegou mesmo a referir que a sua doença respiratória tinha alterado profundamente a sua vida.

“Ah modificou tudo...não posso fazer a minha vida...gostava de fazer tudo, mas não posso fazer nada” (D. Eva, 67 anos, estadio III)

“era tudo e mais alguma coisa e deixei de poder tudo isso, fiquei limitado a zero vá.” (Sr. João, 71 anos, estadio IV)

“nunca mais fui aquilo que era” (D. Leonor, 59 anos, estadio III)

No que diz respeito à vida pessoal, as limitações produzidas pela doença mais vezes mencionadas foram a dificuldade de sair de casa por défices de mobilidade (n=5), o impedimento de continuar a exercer a actividade profissional (n=3) e de realizar actividades recreativas, como trabalhar no campo e caminhar (n=5).

“Eu gostava de ir aqui ou acolá, de fazer uma caminhada que gostava, agora não, tudo isto acabou.” (D. Ana, 57 anos, estadio III)

“não saio para a rua...estou limitado dentro de casa” (Sr. João, 71 anos, estadio IV)

“tirou-me o trabalho... eu estava habituado a trabalhar e deixei tudo, e de repente, ficar sem nada” (Sr. Jorge, 57 anos, estadio III)

“tratar da vida do campo, uma coisa que eu gostava, hoje não há uma couve para ninguém, era eu que tratava de tudo, hoje...não posso.” (Sr. Joaquim, 61 anos, estadio III)

Algumas pacientes do género feminino também referiram que já começavam a sentir dificuldades na execução de actividades de auto cuidado, nomeadamente no acto de se lavar (n=3).

“no banho já só tomo de chuveiro, já não posso tomar banho de imersão porque se não depois já tenho muita dificuldade em me levantar” (D. Rute, 45 anos, estadio IV)

Somente as mulheres (n=6) expressaram sentir-se restritas no seu papel de cuidadoras do lar por apresentarem dificuldades na realização de tarefas domésticas, como varrer/aspirar (n=4), mudar a roupa das camas (n=3), estender a roupa (n=2) e cozinhar (n=2).

“fazer uma cama já não posso, ou mudar a roupa da cama, já não consigo levantar o colchão para cima e mudar os lençóis” (D. Catarina, 62 anos, estadio III)

“a corda cá fora para estender a roupa, também já não vou, já não posso” (D. Rute, 45 anos, estadio IV)

As limitações na mobilidade experienciadas pelos participantes contribuem para a restrição dos relacionamentos sociais informais. Este isolamento social acaba por originar sentimentos de tristeza e solidão (n=3).

“Queria às vezes descer abaixo, falar com uma pessoa, já não consigo.” (D. Ana, 57 anos, estadio III)

“desanimo muito, sabe, vou muito a baixo... queria companhia, queria alguém” (D. Eva, 67 anos, estadio III)

ii) Impacto da doença na vida familiar

Também os relacionamentos familiares e íntimos são afectados pela DPOC. Uma participante, cujos netos estavam à sua responsabilidade, referiu que a doença a incapacitou de cuidar destes e de desempenhar o seu papel de avó e um participante referiu que a doença teve um impacto na sua relação conjugal, uma vez a sua esposa deixou de dormir no mesmo quarto devido aos ruídos da ventilação nocturna.

“tinha os meus netos comigo, deixei de os ter porque os pais tiveram ...que não eu podia fazer nada” (D. Ana, 57 anos, estadio III)

“mas só que no caso do BiPAP, é um aparelho que faz muito barulho e a minha esposa... teve de ir dormir para outro quarto” (Sr. Jorge, 57 anos, estadio III)

Os participantes, principalmente os do género feminino (n=2), devido à limitação na execução de determinadas tarefas que sempre estiveram à sua responsabilidade, transmitiam aos familiares a sua frustração de dependerem destes para as mesmas.

“às vezes, eu acho que perco tudo, às vezes digo coisas que não devia dizer, porque quero fazer as coisas e não posso e ela às vezes sente-se cansada e pronto.” (D. Ana, 57 anos, estadio III)

O relacionamento familiar em si é afectado, mas as próprias rotinas e dinâmicas familiares têm mudanças. Uma das restrições apontadas pelos participantes com oxigenoterapia de longa duração foi o facto de deixarem, assim como a sua família, de realizar férias devido à sua doença (n=3).

“não vou a casa dos meus familiares, de maneira que são férias que deixo de fazer, estou limitado dentro de casa.” (Sr. João, 71 anos, estadio IV)

Alguns participantes também referiram que deixaram de se envolver em actividades recreativas que eram comuns aos membros da família, apesar de a família continuar a realizá-las.

“Íamos ao domingo tomar o pequeno-almoço ao Furadouro, caminhava e gostava sempre de ir com ele. Deixei de ir...acompanhava sempre com ele...agora já não” (D. Leonor, 59 anos, estadio III)

3.4.3 Factores ambientais

i) Mudanças temporais

Dois pacientes, um no estadio III e outro no estadio IV da doença, apontaram o período da manhã como o período do dia onde os sintomas eram sentidos com maior intensidade.

“eu levanto-me da cama, gostava de tomar banho logo e não consigo, começo logo com falta de ar” (D. Ana, 57 anos, estadio III)

ii) Família próxima

Quase todos os participantes (n=14) referiram que são os seus familiares próximos que respondem às suas necessidades e é neles que encontram apoio prático físico ou emocional.

“Em relação à família, tenho o apoio em tudo delas” (Sr. Jorge, 57 anos, estadio III)

“se for assim umas limpezas mais profundas ele ajuda-me.” (D. Catarina, 62 anos, estadio III)

“ela ajuda-me muito muito, porque é assim, há marés que eu estou mesmo em baixo e ela começa a dizer coisas, “ó avó anda aqui ou acolá”, até me anima.” (D. Ana, 57 anos, estadio III)

No entanto, devido à assumpção pelo familiar do papel de pessoa que dá apoio, alguns participantes sentem que os seus familiares mais próximos vivem em demasia a sua doença (n=3), que estão constantemente preocupados e a alertar para comportamentos saudáveis.

“ela preocupa-se muito comigo, ela portanto, ela vive demasiado” (Sr. Amândio, 60 anos, estadio IV)

“estão sempre com muito cuidado...até com os meus netos, é a mesma coisa: “oh avó não vás para aí!”, “não faças isso”, “oh avó está frio”” (D. Leonor, 59 anos, estadio III)

Os participantes expressaram que o apoio dos familiares é importante para corresponder às suas dificuldades e necessidades, mas compreendem que os seus familiares também têm as suas necessidades. Os participantes acreditavam que a saúde era uma das principais necessidades dos seus familiares (n=5).

“é ter forças também, ter saúde para fazer...coisa que também já não está a acontecer muito com ela não é? Também já começa a ter as suas dificuldades” (Sr. João, 71 anos, estadio IV)

Os participantes também consideravam que os seus familiares necessitavam de ajuda (n=3) de ordem instrumental e emocional.

“deveria ter outra pessoa, para a ajudar, porque é muito trabalho para ela só” (Sr. António, 63 anos, estadio IV)

“ele também precisa de muita ajuda, porque ele é uma pessoa muito nervosa” (Sr. Jorge, 57 anos, estadio III)

Dois participantes referiram que o seu familiar necessitava que estes tivessem uma melhor condição de saúde, para não ter uma vida tão sobrecarregada de exigências instrumentais e emocionais.

“que eu pudesse fazer mais, para ele também ,olhe, sair mais um bocado, como era dantes” (D. Leonor, 59 anos, estadio III)

“a principal necessidade dela, era ter um homem capaz, que estivesse em condições.” (Sr. Pedro, 55 anos, estadio IV)

iii) Profissionais de saúde

Relativamente ao sentido de competência e de conhecimentos para lidar com a doença, metade dos participantes considerou saber lidar com a sua doença e estar bem informados pelos profissionais de saúde acerca das consequências desta. Dois pacientes referiram mesmo que sabiam que a sua doença não tinha cura.

“eu faço o possível para ter, faço o possível , quando eu não tenho a certeza de alguma coisa, dirijo-me à médica de família e pergunto” (Sr. Amândio, 60 anos, estadio IV)

“eu acho que sim, que me têm feito... aliás os avisos que me fazem, as recomendações e por aí fora, eu acho que sim que estou dentro daquilo que é preciso” (Sr. João, 71 anos, estadio IV)

“Eu sei que não há cura, é uma doença muito ruim...” (D. Ana, 57 anos, estadio III)

Pelo contrário, outra metade dos participantes considerava que os profissionais de saúde não lhes tinham transmitido as informações necessárias para compreender a sua doença.

“gostava de saber assim mais sobre a minha doença...de ser mais bem informado” (Sr. António, 63 anos, estadio IV)

“Eu acho que não, que não me propuseram, nem me disseram coisas, apenas fazem os tratamentos, nós por nós é que às vezes temos consciência do que estamos a passar e das dificuldades que temos.” (Sr. Pedro, 55 anos, estadio IV)

iv) Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde

Fisioterapia

A maioria dos participantes encontrava-se a realizar tratamentos de fisioterapia respiratória. Relativamente a este tratamento os participantes consideravam que os ajudava a sentir-se melhor (n=10) e a adquirir conhecimentos sobre a forma como deviam respirar (n=2).

“acho que estou a melhorar...desde que comecei a andar aqui...vou-me mantendo mais ou menos com um bocadinho de capacidade” (D. Catarina, 62 anos, estadio III)

“eu ia tomar o meu café que fica a cerca de 500 metros de casa e tinha de parar 3 e a 4 vezes no caminho. Hoje já faço isso, por isso é que eu digo, já sinto umas ligeiras melhoras.” (Sr. Joaquim, 61 anos, estadio III)

“eu já tenho conhecimento do hospital, da respiração que eu devo fazer” (Sr. Pedro, 55 anos, estadio IV)

No entanto, alguns participantes apontaram factores que não lhes agradavam nestes tratamentos, nomeadamente, o desconforto de expectorar em frente aos fisioterapeutas, as dores musculares e o tempo de espera pelos transportes.

“Desagrada-me quando faço aqueles exercícios com tosse, isso custa um bocadinho fazer porque é assim, eu acho que ninguém está à vontade, mesmo que eles estejam com as máscaras, eu tento virar-me para o lado” (D. Ana, 57 anos, estadio III)

“não gosto muito da fisioterapia porque faz-me doer muito os músculos” (Sr. João, 71 anos, estadio IV)

“a coisa mais chata que eu sinto é por vezes, o tempo que se vem e se perde aqui, os transportes... vem-se para a fisioterapia está-se 30 minutos, mas perde-se meio-dia” (Sr. Joaquim, 61 anos, estadio III)

Oxigenoterapia e Ventiloterapia

Quanto à oxigenoterapia de longa duração, os participantes consideravam que esta terapia era uma ajuda para eles (n=3), embora também lhe atribuíssem algumas desvantagens. Um participante que realizava oxigenoterapia na forma gasosa, gostava de poder ter uma forma de oxigénio portátil para sair de casa e participantes com oxigenoterapia na forma líquida, lamentavam ter de carregar a garrafa para onde quer que se deslocassem e a pouca capacidade destas de fornecer oxigénio por um maior período de tempo.

“Tem-me ajudado muito o oxigénio, tenho-me sentido bem. O que me agradava mais era que eu pudesse sair de casa e levasse também algum oxigénio comigo.” (Sr. Pedro, 55 anos, estadio IV)

“é uma chatice e tenho de levar isto (garrafa oxigénio), talvez se pudesse caminhar sem ele” (Sr. Jorge, 57 anos, estadio III)

“não me posso ausentar de casa mais do que quatro ou cinco horas porque não tem autonomia para mais (oxigénio líquido)” (D. Rute, 45 anos, estadio IV)

Dois participantes referiram ainda que, para além da oxigenoterapia, realizavam ventilação nocturna não invasiva, o que consideravam uma mais-valia para conseguirem dormir.

“ajuda-me imenso, eu para dormir ele tem de estar ligado...porque é dá-me aquela respiração certa” (Sr. Daniel, 68 anos, estadio III)

“eu às vezes penso “ai meus Deus, parece que vou morrer”, é uma aflição, mas depois ponho o aparelho e já fico melhor.” (D. Amélia, 80 anos, estadio IV)

Participação num Programa de Reabilitação Pulmonar

Quando questionados sobre o interesse em participar num programa de reabilitação pulmonar, todos os participantes se mostraram interessados.

“tenho todo o interesse” (Sr. Amândio, 60 anos, estadio IV)

“eu estou interessado em tudo que seja melhor para a minha saúde” (Sr. Jorge, 57 anos, estadio III)

Ao participar num programa de reabilitação pulmonar, grande parte dos participantes (n=10) ansiava sobretudo por uma melhoria na sua condição de saúde.

“que seja melhor para a minha saúde, ou para tentar, para me restituir algum bocado mais de saúde...” (Sr. Jorge, 57 anos, estadio III)

“gostava de aprender a caminhar e suportar, suportar aquele bocado para tornar caminhar outro bocado...para mim creio que pudesse melhorar mais um pouco, mais um pouco” (Sr. António, 63 anos, estadio IV)

No entanto, para além de esperarem benefícios físicos destes programas, os participantes também gostariam que estes lhe proporcionassem bem-estar e apoio emocional (n=4) e mais conhecimentos acerca da doença (n=3).

“ que me desse, sei lá, força para combater isto” (D. Eva, 67 anos, estadio III)

“alegria e descanso na cabeça, que não tenho nenhum.” (D. Ana, 57 anos, estadio III)

“ficar muito mais elucidada do meu problema, que já sei mais ou menos como isto é, mas nunca é de mais aprender” (D. Rute, 45 anos, estadio IV)

Quanto aos receios de participar num programa de reabilitação, apenas 4 participantes no estadio III reportaram alguns, especificamente, receio do programa exigir muito tempo, *“se não for muito dispendioso nos tempos”* (Sr. Joaquim, 61 anos, estadio III), de não conseguir ir nos dias agendados, *“Ou questão de vida e não possa vir naqueles dias marcados, ou coisa parecida.”* (D. Marta, 71 anos, estadio III) e de não conseguir sair de casa, *“sair de casa, eu custa-me muito, custa-me muito sair de casa.”* (D. Isabel, 73 anos, estadio III). Estes receios devem ser tidos em conta e podem justificar a necessidade de disponibilizar futuramente programas de reabilitação no contexto domiciliário para alguns pacientes com DPOC em estadio avançado.

3.4.4 Factores pessoais

i) Receios

O receio da morte foi o mais presente entre os participantes estudados (n=9). Alguns participantes receavam que a causa da sua morte fosse a sufocação (n=4) e outros referiram apenas que receavam estar sozinhos nesse momento (n=3).

“isso é uma pergunta muito difícil, mas que já pensei nela. Principalmente receio pela minha vida, que eu gosto de viver.” (Sr. Pedro, 55 anos, estadio IV)

“Mas qualquer dia apareço abafada” (D. Amélia, 80 anos, estadio IV)

“preocupa, olhe... é faltar ar de repente e não estar com ninguém” (D. Leonor, 59 anos, estadio III)

Pelo contrário, o medo do declínio físico associado à progressão da doença e da própria idade foi relatado principalmente por participantes mais jovens (n=6).

“com a idade avançada, a falta de ar começa a ser pior e lembro-me muito agora do dia de amanhã, mais tarde ser mais velha...a aflição que deve ser... eu tenho medo” (D. Leonor, 59 anos, estadio III)

Para além destes receios, os participantes também expressaram receio da solidão, *“quero companhia, quero alguém e eu até já tenho dito que vou morrer sozinha”* (D. Eva, 67 anos, estadio III), da falha dos aparelhos de oxigenoterapia e de ventilação, *“que falhe alguma*

coisa, tenho muito receio disso, quando falta a luz, os aparelhos não trabalham, já fico aflito” (Sr. João, 71 anos, estadio IV), e do declínio físico do cuidador, *“já começa a ter as suas dificuldades e isso é o que me preocupa bastante, porque um dia que ela não possa fazer nada, então estou pior eu”* (Sr. João, 71 anos, estadio IV).

ii) Lidar com a doença

Alguns participantes não foram capazes de gerar qualquer significado positivo sobre a vivência da DPOC (n=5). Estes 5 participantes já se encontravam a realizar oxigenoterapia de longa duração e encaravam a sua doença como algo incontornável, sentindo-se incapazes de fazer frente à doença.

“A doença é a doença, temos de conviver com ela, e ao conviver com ela limitamo-nos a...vá lá a desistirmos, a adaptarmo-nos e a deixar correr o marfim, não dá para mais...há que aguentar” (Sr. João, 71 anos, estadio IV)

Pelo contrário, alguns participantes para melhor se adaptarem à sua doença atribuíram-lhe significados positivos, especificamente o apoio da família e dos profissionais de saúde. Outros participantes alteraram a sua percepção da doença (n=3), nomeadamente, crença que existem situações piores, que a doença foi um alerta para algo e que a sua situação pode servir de exemplo para os outros.

“há marés que eu estou mesmo em baixo e ela começa a dizer coisas, “ó avó anda aqui ou acolá”, até me anima.” (D. Ana, 57 anos, estadio III)

“eu fico agradado nesse aspecto, foi no hospital com as enfermeiras, as ajudantes de enfermagem” (Sr. Pedro, 55 anos, estadio IV)

“Tem que ser, a gente tem que pensar no dia-a-dia e pensar que há quem esteja pior do que nós, muito piores.” (D. Ana, 57 anos, estadio III)

“eu até penso que isto (a doença) será um sinal de alguma coisa para alertar, porque temos de estar coerentes com aquilo que temos. Não é só aos outros que acontece.” (Sr. Jorge, 57 anos, estadio III)

“só se for para os outros verem o meu exemplo, os meus filhos nomeadamente, e não fumarem e não beberem, e nada de apanhar frios e essas coisas todas...” (D. Rute, 45 anos, estadio IV)

Outras formas de conviver com as dificuldades da doença indicadas pelos participantes foram o auto-controlo e o evitamento.

“eu sou muito duro, eu sou muito forte e eu só quando estou mesmo, mesmo a cair é que eu me queixo, portanto, às vezes anda-se um bocado arrastado e tal, mas eu aprendi a sofrer”

(Sr. Amândio, 60 anos, estadio IV)

“eu sei aquilo que tenho e como sei aquilo que tenho, eu convivo com isso, não me chateia, faço de conta que está tudo às mil maravilhas. E tem de ser assim a vida, tem de ser assim” (Sr. Daniel, 68 anos, estadio III)

Apesar de os participantes apresentarem estratégias para lidar com a sua doença, denota-se nos seus testemunhos que muitas vezes estas não favorecem o ajustamento à doença e os participantes são inundados de pensamentos e sentimentos negativos (n=6).

“a minha doença tem me posto muito, muito a baixo. Eu sei que não há cura, é uma doença muito ruim... tenho dias e dias que vivo na escuridão.” (D. Ana, 57 anos, estadio III)

“Mais às vezes um bocadinho desanimada...e sinto-me só” (D. Isabel, 73 anos, estadio III)

“às vezes, coisas de nada...mesmo coisas sem valor nenhum...uma pessoa começa a matutar naquilo e às vezes passa aqui umas horitas, mas depois pronto, com o tempo lá vai.” (Sr. Daniel, 68 anos, estadio III)

iii) Resolução do problema

Quando questionados sobre o que seria preciso para resolver as suas dificuldades, os participantes apresentaram soluções muito distintas, baseadas nas suas vivências e crenças. Alguns, reconhecendo que a sua doença não tem cura, apontaram como soluções a intervenção divina (n=2), a morte (n=1) e a regressão no tempo (n=1).

“era um milagre de Deus” (D. Ana, 57 anos, estadio III)

“A morte talvez...acho que isto não tem cura” (Sr. Joaquim, 61 anos, estadio III)

“que não viesse esta doença, para voltar atrás” (D. Leonor, 59 anos, estadio III)

Por outro lado, alguns participantes ao acreditarem na possível melhoria da sua condição de saúde nomearam soluções mais objectivas, especificamente, a perda de peso (n=2), o progresso da medicação (n=2) e a melhoria da sua condição económica (n=2).

“emagrecer em parte, principalmente perder uns 10 a 20 quilos a mais, que eu tenho” (Sr. Jorge, 57 anos, estadio III)

“um medicamento que me desse um bocadinho de ar, eu não pedia mais nada, ar! que me abrisse os pulmões” (D. Ana, 57 anos, estadio III)

“no meu caso, sem sarcasmo nenhum, neste país era preciso ter dinheiro para ter uma boa saúde.” (Sr. Pedro, 55 anos, estadio IV)

3.5 Sumário

Com os dados recolhidos neste estudo, é de salientar o impacto profundo que a DPOC traz à vida pessoal e familiar dos participantes. Verifica-se, de uma forma geral, que apesar dos problemas identificados serem essencialmente os mesmos tanto nos participantes no estadio III como no estadio IV, no estadio IV, conforme seria expectável, há uma tendência para estes serem mais graves. Na comparação entre os géneros e os grupos etários observaram-se poucas diferenças com relevância clínica, salientando-se, no entanto, que são as mulheres e os mais idosos que descrevem mais fragilidades. As entrevistas realizadas individualmente permitiram a compreensão em pormenor da vivência da doença por estes pacientes e o conhecimento das suas expectativas e preferências em relação aos sistemas de saúde. Estes dados são essenciais para que intervenções para esta população sejam adequadamente desenhadas e implementadas.

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO

4.1 Introdução

Neste capítulo procede-se à interpretação e discussão dos resultados quantitativos e qualitativos mais relevantes, considerando os fundamentos teóricos e os objectivos do estudo. Inicia-se este capítulo com a reflexão dos principais problemas dos participantes com DPOC nas diferentes componentes da CIF e, por fim, as diferenças entre os estadios da doença, os géneros e os grupos etários.

4.2 Amostra

Neste estudo os participantes com DPOC apresentavam uma média de idades de 63,27 anos e a maioria tinha menos de 65 anos. Estes dados vão ao encontro dos dados publicados pelo ONDR, onde a DPOC é caracterizada como uma patologia que atinge não só as pessoas idosas mas também as mais jovens (ONDR, 2008). A proporção de participantes do género masculino foi similar à proporção do género feminino, confirmando assim a tendência também já descrita de que a DPOC está a aumentar entre as mulheres (DGS, 2005b; Raheison & Girodet, 2009).

Quanto à realização de oxigenoterapia de longa duração, metade dos participantes realizava esta terapia durante menos de 16 horas por dia, apesar de existir evidência que a oxigenoterapia de longa duração deve ser realizada no mínimo 15 horas diárias para aumentar a sobrevida dos pacientes (GOLD, 2010). Este aspecto pode estar a reflectir-se no estado de saúde e qualidade de vida dos pacientes e, portanto, merece uma especial atenção junto dos profissionais de saúde, quer no momento da prescrição desta terapia de longa duração, quer no acompanhamento da aderência do paciente a esta.

Relativamente à composição corporal, tem-se observado que a obesidade representa uma comorbilidade em alguns pacientes com DPOC. A percentagem de obesidade encontrada neste estudo foi de 33,33%, enquanto noutros estudos os valores nos estadios III e IV da doença rondam os 5,9 e os 9,3% (Chailleux, Laaban, & Veale, 2003; Steuten, Creutzberg, Vrijhoef, & Wouters, 2006). Têm sido, todavia, descritas percentagens de obesidade próximas da encontrada relativamente aos estadios I e II (16,1% e 23,5% respectivamente)

(Steuten, et al., 2006). Estes dados provavelmente reflectem as elevadas taxas de obesidade em Portugal, que são muito superiores a outros países do espaço europeu (DGS, 2005a). A prevalência média da obesidade na população portuguesa é de cerca de 14% e na população com mais de 55 anos, onde se localiza a amostra do estudo, esta prevalência é 7 vezes superior (DGS, 2005a). Apesar da obesidade ter implicações negativas na vida dos pacientes, como cardiovasculares e osteo-articulares, tem-se verificado que nos estadios avançados da DPOC está associada a um melhor prognóstico. Alguns estudos com pacientes no estadio III e IV da doença demonstraram que uma maior sobrevivência e menores hospitalizações eram observadas em pacientes com pré-obesidade e obesidade (Chailleux, et al., 2003; Landbo, Prescott, Lange, Vestbo, & Almdal, 1999; Prescott et al., 2002).

4.3 Funções e Estruturas do corpo

Na componente das Funções do Corpo, as funções relacionadas com a energia (n=12; 80%), a gestão das emoções (n=12; 80%), a dor (n=13; 86,67%), a respiração (n=12; 80%), os músculos respiratórios (n=15; 100%), a tolerância ao esforço (n=15; 100%) e a dispneia (n=15; 100%) foram as mais frequentemente afectadas. Também num estudo que utilizou a *checklist* da CIF a fim de avaliar os principais problemas de 89 pacientes com DPOC, a energia, a dor e a respiração fizeram parte das categorias mais frequentes (Ewert et al., 2004). Apesar de nesse mesmo estudo as dificuldades na gestão das emoções terem apresentado uma prevalência de apenas 16,7%, a sua elevada prevalência pode justificar-se pelo facto da DPOC estar associada a elevados níveis de ansiedade e depressão (Di Marco et al., 2006; Maurer, et al., 2008; Mikkelsen, et al., 2004; Putman-Casdorph & McCrone).

Todos os participantes experienciaram como principais problemas a dispneia, a disfunção dos músculos respiratórios e a intolerância ao esforço. A dispneia tem sido descrita como o sintoma mais frequente (Bourbeau, 2009; GOLD, 2010) e mais incapacitante da DPOC (Avşar & Kaşıkçı, 2010; Elofsson & Öhlén, 2004; Gullick & Stainton, 2008), tal como pode ser observado nos discursos dos participantes deste estudo. Embora os dados não tenham sido estatisticamente significativos ($p=0,092$), observou-se a tendência deste sintoma ser mais incapacitante no estadio IV do que no III. Os *scores* de dispneia já têm vindo a ser relacionados com o estadio da doença (Mahler et al., 2009).

A disfunção dos músculos respiratórios foi também mais grave no estadio IV ($p=0,001$). Terzano et al. verificou num estudo com 110 pacientes com DPOC nos estadios I, II e III, que a força dos músculos respiratórios era significativamente inferior no estadio III comparativamente com os estadios I e II (Terzano, et al., 2008). Este estudo demonstrou haver uma tendência para a diminuição da força dos músculos respiratórios com a progressão da doença, no entanto, pacientes com DPOC no estadio IV não foram considerados. A intolerância ao esforço já tem vindo a ser descrita na literatura como relacionada com a DPOC (Theander, et al., 2008; Theander & Unosson, 2004). Os participantes descreveram-na através de expressões como “*canso-me com uma certa facilidade*”, e era experienciada essencialmente em actividades como caminhar, subir escadas e também em actividades dos membros superiores (Barnett, 2005; Elkington, White, Addington-Hall, Higgs, & Pettinari, 2004).

Apesar das funções de força e de resistência muscular não se incluírem no grupo das mais afectadas ($n=10$; 66,67%), na análise do comportamento destes problemas segundo o género, verificou-se que nas mulheres, problemas nestas funções estavam presentes com mais frequência e maior gravidade. Verhage et al., num estudo com 135 pacientes com DPOC, observou que as mulheres apresentavam valores mais baixos de massa livre de gordura, comparativamente aos homens, tendo verificado que o género feminino é um factor concomitante da perda de massa muscular (Verhage, Heijdra, Molema, Vercoulen, & Dekhuijzen). Pela análise segundo a idade, verificou-se que os mais idosos apresentavam problemas mais extensos nestas categorias, comparativamente com os mais jovens ($p=0,092$). Vários são os estudos que têm vindo a demonstrar que há perda progressiva da massa muscular com a DPOC (Mador & Bozkanat, 2001; Mathur, Takai, MacIntyre, & Reid, 2008). O próprio processo de envelhecimento também causa uma diminuição na massa muscular (Janssen & Ross, 2005) e, portanto, era previsível que os pacientes mais idosos, conjugando os efeitos da doença com os do próprio envelhecimento, apresentassem problemas de força e resistência muscular mais graves.

Mais de metade dos participantes ($n=10$; 66,67%) apresentavam problemas na manutenção de peso, tendo-se verificado que no género feminino este problema foi codificado com qualificadores mais graves ($p=0,024$). Chailleux, Laaban & Veale, num estudo com 4088

pacientes com DPOC, também verificaram uma prevalência de obesidade superior nas mulheres comparativamente com os homens (Chailleux, et al., 2003).

Na componente das Estruturas do Corpo, problemas com a estrutura do aparelho respiratório estavam presentes em todos os participantes. Também era expectável que o estadio IV apresentasse deficiências mais graves do aparelho respiratório comparativamente com o estadio III ($p=0,004$), pela própria natureza progressiva da doença (Celli, et al., 2004; GOLD, 2010). Problemas na estrutura do aparelho cardiovascular tiveram uma frequência de 26,67%, um valor próximo mas inferior ao encontrado por Ewert et al. (35,6%) (2004). Este resultado está em conformidade com a investigação actual que tem demonstrado que a inflamação sistémica e a própria obstrução do fluxo de ar presente na DPOC são factores de risco importantes no desenvolvimento de patologia cardiovascular (Sin & Man, 2003; Wouters, et al., 2007). Um estudo de Coorte que analisou cerca de 11 493 pacientes com DPOC e 22 986 pessoas no grupo controlo mostrou que a prevalência de doenças cardiovasculares era mais elevada nos pacientes com DPOC comparativamente com o grupo controlo (Curkendall et al., 2006).

Futuras intervenções nestes estadios da DPOC devem fornecer um maior acompanhamento a estes pacientes nas questões ligadas à oxigenoterapia e à nutrição. As componentes da fisioterapia respiratória são fundamentais para responder aos problemas da dispneia e da intolerância ao esforço presentes nos pacientes. O fortalecimento dos músculos respiratórios também parece ser uma possível solução para intervir na disfunção respiratória que se observa nesta população (Lotters, van Tol, Kwakkel, & Gosselink, 2002).

4.4 Actividades e Participação

O impacto profundo da DPOC na vida de todos os participantes estudados foi claro nos seus discursos, *“nunca mais fui aquilo que era”*, e confirmam dados de outras investigações (Avşar & Kaşıkçı, 2010; Elkington, et al., 2004; Gullick & Stainton, 2008). Sem dúvida, a mobilidade (Ewert, et al., 2004; Gullick & Stainton, 2008) é uma das actividades mais afectadas, daí problemas no “andar”, “deslocar-se” e “deslocar-se por diferentes locais” terem sido dos mais mencionados. Devido a estes problemas de

mobilidade, alguns pacientes sentem que estão restritos à sua habitação, o que prejudica a sua participação em actividades profissionais, de aquisição de bens e serviços e de recreação e lazer. Especificamente nas actividades de aquisição de bens e serviços ($p=0,002$) e de participação na vida comunitária ($p=0,056$), verificou-se que nos participantes no estadio IV estas eram conotadas como dificuldades mais graves, comparativamente com o estadio III. Possivelmente no estadio IV, como discutido anteriormente na componente Funções do Corpo, pelo facto dos sintomas serem experienciados com maior gravidade, a performance dos participantes nestas actividades seja mais afectada. Esta restrição de sair de casa e de se envolver em actividades de lazer desencadeia um isolamento social, que gera nos participantes sentimentos de tristeza e solidão (Elkington, et al., 2004; Elofsson & Öhlén, 2004). Contudo, a restrição não se cinge às actividades exteriores, uma vez que mesmo em casa, os participantes sentem dificuldades a executar a rotina diária ($n=13$; 86,67%), as tarefas domésticas ($n=15$; 100%) e a cuidar dos objectos da casa ($n=15$; 100%) (Ewert, et al., 2004). Principalmente as mulheres expressaram durante a entrevista esta restrição no desempenho de tarefas domésticas que sempre estiveram à sua responsabilidade, *“fazer uma cama já não posso”*. As próprias actividades básicas da vida como o vestir e o banho por vezes já se encontravam limitadas (Barnett, 2005; Gullick & Stainton, 2008).

Lidar com o stress e outras exigências psicológicas ($n=14$; 93,33%) foi revelado como sendo também um problema frequente entre os participantes com DPOC, principalmente entre os participantes no estadio IV ($p=0,077$). Provavelmente, a dificuldade de levar a cabo várias actividades simultaneamente e a resultante geração de estados de ansiedade que foram comuns nos participantes, coloca-os numa posição em que lhes é difícil lidar com situações stressantes.

Para além do impacto da vida dos participantes, como acontece em qualquer doença crónica, a DPOC acaba por interferir também no contexto familiar. Denotou-se no discurso dos participantes que já nomeavam algumas mudanças no funcionamento da sua família, nomeadamente na reorganização de funções e papéis. Para além da alteração de papéis, as restrições dos participantes acabam por influenciar negativamente algumas dinâmicas familiares, especificamente, o impedimento de realizar férias e de outras actividades recreativas que eram comuns antes do surgimento da doença (Chan, 2004; Elofsson &

Öhlén, 2004). Esta alteração do funcionamento familiar, onde muitas vezes os participantes adoptam um papel de maior necessidade e dependência em relação à família, leva à geração de sentimentos de frustração e tristeza (Avşar & Kaşıkçı, 2010; Gullick & Stainton, 2008; Toms & Harrison, 2002). Existe, todavia, uma dualidade destes sentimentos, por um lado, os participantes experienciam estes sentimentos negativos porque se sentem dependentes dos seus familiares, e por outro, porque sentem que podiam dar um contributo maior à família, que devido às suas incapacidades não lhes é possível. Estes sentimentos, para além de contribuírem para um maior stress para os pacientes, podem também prejudicar a comunicação e a relação destes com a sua família (McPherson, Wilson, & Murray, 2007), criando-se um ciclo vicioso de inadaptação do paciente e da família a esta nova situação.

A restrição na capacidade funcional dos participantes repercute-se na participação dos participantes na sua vida pessoal, profissional, familiar e comunitária, e portanto, mais uma vez se compreende que uma componente de exercício físico é prioritária na intervenção junto desta população. O impacto destas restrições no paciente e na família demonstra também a relevância de fornecer um acompanhamento psico-educativo a estes pacientes e a estas famílias, para ajudar no ajustamento à doença.

4.5 Factores Ambientais

O clima foi uma barreira apontada por todos os participantes. Também no estudo de *Ewert et al.* esta categoria foi a mais frequente da componente dos Factores Ambientais entre os pacientes com DPOC (61,4%) (2004). Os pacientes com DPOC experienciam um agravamento dos seus sintomas com o tempo frio, factor que desencadeia muitas vezes exacerbações (Barnett, 2005; Gullick & Stainton, 2008). Vários estudos têm observado uma relação entre o clima e as admissões hospitalares por exacerbações na DPOC (Liang, Liu, & Kuo, 2009; Song, et al., 2008). A poluição do ar também tem vindo a receber atenção por parte dos investigadores e estudos têm observado que existe uma relação entre a poluição do ar e a morbilidade em doenças respiratórias (Sauerzapf, Jones, & Cross, 2009; Sunyer, 2001). Um estudo conduzido em Hong Kong, em 2007, demonstrou que a poluição do ar estava significativamente associada a um risco acrescido de hospitalização em pacientes com DPOC (Wong et al., 2001). Daí ter sido expectável que quase a

totalidade dos participantes considerasse a qualidade do ar como uma influência negativa na sua condição de saúde.

Relativamente às mudanças temporais, verificou-se que estas eram percebidas como barreiras mais graves pelos participantes no estadio IV, comparativamente com os do estadio III ($p=0,020$). Dois participantes descreveram a manhã como um período do dia em que a falta de ar os impedia de realizar actividades como caminhar e tomar banho. Em concordância com estes dados, estudos recentes com pacientes com DPOC no estadio III e IV mostraram que os pacientes percebiam os seus sintomas como diariamente variáveis e que identificavam a manhã, como o período do dia mais difícil (Barnett, 2005; Elofsson & Öhlén, 2004; Kanervisto, Kaistila, et al., 2007; Kessler et al., 2011; Partridge, Karlsson, & Small, 2009). Apesar da literatura consultada não fazer referência a diferenças entre os estadios da DPOC e a variabilidade dos sintomas, no estudo realizado por Partridge, Karlsson & Small em pacientes no estadio III, a variabilidade dos sintomas era mais experienciada pelos pacientes mais sintomáticos (2009). Similarmente, neste estudo é nos participantes no estadio IV que a dispneia parece ser encarada como um problema mais incapacitante ($p=0,092$), comparativamente com os participantes no estadio III, como discutido anteriormente.

Quanto às categorias *e150* e *e155*, relativas à arquitectura de prédios para uso público e para uso privado, apesar de não terem sido das mais frequentes da componente dos Factores Ambientais, verificou-se que são percebidas com mais frequência e também com mais gravidade pelos participantes mais idosos ($n=5$; 83,33%). Estas categorias já haviam sido descritas como barreiras frequentes em pacientes com DPOC (Ewert, et al., 2004). Talvez pelo facto do envelhecimento ser acompanhado de uma diminuição das capacidades sensoriais e motoras, os pacientes mais idosos encarem a arquitectura dos edifícios como uma barreira (François, Morice, Blouin, & Montagne, 2011; Seidler, et al., 2010).

Apesar de na avaliação através do *core set* da CIF se ter codificado as categorias como barreiras, foi visível nos discursos dos participantes que a família próxima era percebida como um agente facilitador. Os participantes nomeavam principalmente os cônjuges ($n=9$; 60%) e os filhos ($n=4$; 26,67%) como as pessoas que lhes forneciam maior

suporte. Esta percepção do papel facilitador da família na vida do paciente tem vindo a ser observada em outros estudos sobre a DPOC (Kanervisto, Kaistila, et al., 2007; Kara Kaşıkçı & Alberto, 2007), bem como em outras doenças crónicas (Kong, 2008; Yeh, Wierenga, & Yuan, 2009). Ao ser uma fonte de apoio, por vezes, os participantes sentem que a sua família acaba por assumir um papel de constante preocupação e vigilância (Bergs, 2002; Simpson, Young, Donahue, & Rucker, 2010). Os familiares vão, portanto, adicionando às suas vidas novas e desafiantes exigências para desempenhar este papel de cuidadores e daí os participantes terem demonstrado que têm consciência que os seus familiares também têm necessidades específicas. As principais necessidades identificadas nos cuidadores familiares estavam relacionadas com necessidades de saúde e de apoio instrumental e emocional. Apesar da literatura sobre as necessidades dos cuidadores de pacientes com DPOC ainda ser escassa, algumas das necessidades identificadas já têm surgido em outros estudos (Kanervisto, Paavilainen, Heikkil, & Johanna, 2007; Pinto, Holanda, Medeiros, Mota, & Pereira, 2007; Simpson, et al., 2010).

Quanto à relação com os profissionais de saúde, uma ambivalência já havia sido observada noutros estudos com pacientes com DPOC (Cicutto, Brooks, & Henderson, 2004; Gysels & Higginson, 2010; Seamark, et al., 2004). Enquanto metade dos participantes considerava ter recebido os conhecimentos necessários para lidar com a sua doença, outra metade considerava que os profissionais de saúde que os acompanhavam falhavam nesse aspecto. Apesar deste resultado, denotou-se que, de uma forma geral, os participantes consideravam o apoio dos serviços de saúde facilitador. A maioria dos participantes realizava fisioterapia respiratória e considerava que este tratamento lhes permitia sentir-se melhor e adquirir mais conhecimentos. Todavia, eram apontadas algumas desvantagens a este tratamento, nomeadamente, o desconforto de expectorar, as dores musculares e o tempo de espera pelos transportes colectivos de pacientes. Quanto à oxigenoterapia de longa duração, os participantes consideravam que esta terapia era uma ajuda para eles, embora, também lhe atribuíssem algumas desvantagens, como a restrição dentro de casa e no caso do oxigénio líquido do seu peso e da pouca autonomia (Elkington, et al., 2004; Kanervisto, Kaistila, et al., 2007; Reinke et al., 2008).

Apesar dos programas de reabilitação pulmonar estarem associados a valores significativos de não aderência (Sabit et al., 2008), todos os participantes estudados mostraram interesse

em participar. Com a sua participação, os participantes ansiavam essencialmente uma melhoria do seu estado de saúde físico, como também uma melhoria do bem-estar emocional e dos conhecimentos acerca da doença (Bulley et al., 2009; Fischer et al., 2007). Todavia, alguns participantes também expressaram receios em relação a estes programas, nomeadamente, da incompatibilidade dos horários, da exigência de muita disponibilidade e de dificuldades em sair de casa. Apenas o receio de sair de casa já havia sido descrito na literatura (Fischer, et al., 2007), no entanto, todos estes receios devem ser considerados no planeamento e implementação de programas de reabilitação para esta população.

4.6 Factores Pessoais

A DPOC, pela sua progressão e variabilidade dos sintomas, torna o futuro dos pacientes muito incerto (I. Jones, et al., 2004; Pinnock et al., 2011). Um dos principais receios dos participantes entrevistados foi o medo da morte (Cicutto, et al., 2004; I. Jones, et al., 2004; Oliver, 2001), particularmente o medo de morrerem por sufocação (Barnett, 2005; Gardiner, et al., 2009; Toms & Harrison, 2002) e o medo de morrerem sozinhos (I. Jones, et al., 2004). O medo do declínio físico associado à progressão da doença e da própria idade foi relatado principalmente por participantes mais jovens (Oliver, 2001). Para além destes receios, os participantes também expressaram receio da solidão, da falha dos aparelhos de oxigenoterapia e de ventilação e do declínio físico do cuidador. Estes receios e preocupações, que muitas vezes estão na origem dos estados de ansiedade encontrados nestes pacientes, demonstram a importância da implementação de intervenções psico-educativas que ajudem o paciente a normalizar as experiências da doença e a desenvolver estratégias para lidar com os sintomas de ansiedade e depressão.

Relativamente à forma como encaravam a doença, grande parte dos participantes acreditava que a melhoria da sua condição de saúde dependia de factores externos, como a intervenção divina, a morte, a regressão no tempo, o progresso da medicação e a melhoria da condição económica. Apenas dois participantes apontaram a perda de peso, uma estratégia activa, para melhorar o seu estado de saúde. Estes resultados provavelmente reflectem a percepção que a maioria dos participantes tem acerca da estabilidade e incontrolabilidade da sua doença, que não responde ao esforço individual.

Para lidar com a sua doença, alguns participantes, possivelmente por encararem a sua doença como algo ameaçador, mas não totalmente adverso, optavam por um *coping* de confrontação. Este tipo de *coping* centrava-se essencialmente em estratégias dirigidas às emoções, nomeadamente o auto-controlo e a reavaliação positiva. Estas estratégias de *coping* têm vindo a ser observadas junto de pacientes com DPOC (Burker, Evon, Sedway, & Egan, 2004; Chen, Chen, Lee, Cho, & Weng, 2008; Cicutto, et al., 2004) e também de pacientes que sofrem de doenças crónicas (Baldacchino & Draper, 2001; Karekla & Constantinou, 2010; Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, & Newman, 2006; Treloar, 2002) e estão associadas a um *coping* positivo, com menores sintomas de ansiedade e de depressão, e a um melhor ajustamento dos pacientes à sua condição de saúde (Baldacchino & Draper, 2001; Burker, et al., 2004; Karekla & Constantinou, 2010; Thuné-Boyle, et al., 2006; Treloar, 2002). O *coping* de confrontação através de estratégias centradas no problema não foi referido por nenhum participante neste estudo, existindo uma preferência clara pelas estratégias centradas nas emoções. Isto acontece, como discutido acima, possivelmente porque os participantes avaliam e percebem a sua condição de saúde como algo incontroável. Também num estudo com pacientes com DPOC, as estratégias centradas nos problemas, especificamente, pôr em prática um plano de acção, praticar exercício físico e tentar alterar a situação, fizeram parte do grupo das estratégias de *coping* menos usadas entre os pacientes (Yuet, Alexander, & Chun, 2002).

Em oposição, alguns participantes utilizavam preferencialmente um *coping* de evitamento, através de estratégias de negação e fuga. Este tipo de *coping* é normalmente empregue quando os pacientes encaram a sua doença como uma ameaça muito grande e por isso se sentem incapazes de mobilizar recursos ou estratégias activas para a enfrentar (Ramos, 2005). Apesar de ter sido mais visível junto dos participantes que utilizavam preferencialmente *coping* de evitamento, mas também junto dos que diziam adoptar um *coping* de confrontação, verificou-se que estes eram inundados de pensamentos e sentimentos negativos. Em consistência com estes dados, alguns autores verificaram que as estratégias de evitamento e por vezes as estratégias centradas nas emoções estão associados a níveis superiores de depressão, ansiedade, tensão psicológica, não favorecendo o ajustamento e a adaptação à doença (Hesslink et al., 2004; McCathie, Spence, & Tate, 2002; Myaskovsky et al., 2005; Ottenbreit & Dobson, 2004; Roescha & Weiner, 2001).

A crença, por parte da maioria dos participantes, de que apenas factores externos podem contribuir para uma melhoria da sua condição de saúde, demonstra o quão importante é a educação de estilos de vida saudáveis e a responsabilização dos pacientes pela evolução do seu estado de saúde. A preferência para seleccionar estratégias de *coping* de evitamento e centradas nas emoções reforça a importância da uma intervenção psico-educativa que ajude os pacientes na selecção e implementação de estratégias de *coping* mais adaptativas.

4.7 Core set breve da CIF para as doenças pulmonares obstrutivas

O desenvolvimento de *core sets* envolve um processo de consenso universal baseado em evidência reunida durante uma fase preparatória e uma fase de validação internacional. Actualmente, o *core set* breve para as doenças pulmonares obstrutivas já envolveu toda a fase preparatória (G Stucki, Kostanjsek, Ustün, & Cieza, 2008).

Apesar de não ter sido objecto de estudo, com a aplicação do *core set* alargado para as doenças pulmonares obstrutivas foi possível confirmar quase na totalidade a selecção de categorias que integram o *core set* breve. As categorias que incluem o *core set* alargado foram consideradas relevantes quando a sua frequência ultrapassou os 70% (Bautz-Holter, et al., 2008).

Na componente Funções do Corpo verificou-se que três (funções da respiração, funções de tolerância ao exercício e sensações associadas às funções cardiovasculares e respiratórias) das quatro categorias que compõem o *core set* breve apresentaram nesta amostra uma frequência superior a 70%, o que sublinha a importância da sua inclusão nesta selecção sucinta de categorias. A categoria das funções respiratórias adicionais que também engloba o *core set* breve, pelo contrário, não foi das mais frequentes (40%). Relativamente à componente Estruturas do Corpo, apenas se confirmou a relevância de incluir a categoria estrutura do aparelho respiratório no *core set* breve. Na componente Actividades e Participação, pelo contrário, todas as quatro categorias que compõem o *core set* breve apresentaram na amostra uma frequência superior a 70%, confirmando-se a sua relevância, embora outras categorias, que não englobam esta selecção sucinta, também tenham sido das mais frequentes (*d240* Lidar com o stress e outras exigências psicológicas, *d460* Deslocar-se por diferentes locais, *d540* Vestir-se, *d620* Aquisição de bens e serviços, *d650*

Cuidar dos objectos da casa e *d920 Recreação e Lazer*). Quanto às quatro categorias que compõem os Factores Ambientais do *core set* breve para as doenças pulmonares obstrutivas, apenas se pode inferir a importância da inclusão das categorias *e225* clima e *e260* qualidade do ar.

Conclui-se portanto, que das 14 categorias incluídas no *core set* breve para as doenças pulmonares obstrutivas, 10 (71,43%) foram confirmadas como importantes a incluir no *core set* breve. A relevância da inclusão das categorias *b450* funções respiratórias adicionais, *s430* Estrutura do aparelho cardiovascular, *e110* Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios para uso público e *e115* Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios para uso privado não foi comprovada nesta amostra. Esta foi uma pequena contribuição para confirmar as categorias que compõem o *core set* breve para as doenças pulmonares obstrutivas, embora mais estudos sejam necessários para validar esta selecção sucinta de categorias da CIF.

4.8 Limitações do estudo

Considerou-se como um factor limitante do estudo, o facto de a amostra estudada ser de pequena dimensão, pois desta forma, alguns dos resultados quantitativos poderão não ter sido estatisticamente significativos devido a este aspecto. Ao ser escolhida uma amostra por conveniência, os resultados também não podem ser considerados representativos, o que limita a possibilidade de generalização dos mesmos. Assim, estudos futuros quantitativos devem incluir amostras maiores, seleccionadas aleatoriamente e tendo como fonte várias instituições de saúde localizadas por todo o território nacional. Estas limitações dissolvem-se, todavia, ao considerarmos o contributo dos dados qualitativos para o estudo. Os estudos qualitativos baseiam-se em amostras pequenas, já que ao contrário dos estudos quantitativos, não têm como objectivos produzir resultados representativos para toda a população de interesse (Green & Thorogood, 2004), mas sim explorar em profundidade a experiência de viver e lidar com determinada condição, gerando consequentemente uma quantidade de dados que seriam impossíveis de analisar, se recolhidos junto de uma amostra alargada.

O uso da CIF tem vindo a ser preconizada pela OMS, no entanto a sua estrutura com mais de 1400 categorias torna a sua aplicação muito complexa e morosa. Para ultrapassar esta limitação, este estudo utilizou uma versão resumida da CIF, o *core set* alargado da CIF para as doenças pulmonares obstrutivas. No entanto, mesmo esta versão resumida da CIF com 71 categorias, demorou aproximadamente 45 minutos a aplicar, mantendo-se, embora que em menor escala, alguma problemática da morosidade no uso rotineiro deste sistema de classificação. Para além da morosidade da aplicação do *core set*, a falta de uniformização da aplicação da CIF dá espaço a uma componente subjectiva, que poderá ter introduzido algum viés nos resultados da investigação. No entanto, para minimizar esta possível limitação, previamente à recolha delinear-se intervalos de correspondência com os qualificadores, para tentar uniformizar a codificação das categorias. Para ultrapassar esta questão, alguns autores têm optado pela utilização de uma codificação dicotomizada (0=ausência de problema e 1=presença de problema), perdendo informação sobre a extensão dos problemas (Ewert, et al., 2004; Grill, et al., 2005). A própria utilização de uma versão resumida da CIF pode ser considerada uma limitação do estudo. O *core set* alargado da CIF para as doenças pulmonares obstrutivas, assim como todos os *core sets*, foi desenvolvido baseado em decisões formais (Cieza, et al., 2004), no entanto, a definição das categorias que o integram é um processo dinâmico e inacabado. Face ao descrito, este estudo bem como outros, ao utilizar o *core set*, pode não identificar categorias relevantes para os participantes unicamente por estas não se encontrarem nessa versão resumida.

4.9 Consequências e implicações do estudo

Apesar das limitações, este estudo permitiu compreender que a falta de energia, a dificuldade de gerir emoções, a intolerância ao exercício e a dispneia foram os principais problemas na componente das Funções do Corpo. Na componente Actividades e Participação, foi notório o impacto profundo da DPOC na vida pessoal dos participantes, tanto em actividades simples, como andar e vestir, mas também em actividades profissionais e de recreação e lazer. O clima e a qualidade do ar constituíram importantes barreiras à vida dos pacientes. Quanto aos sistemas de saúde, alguns participantes consideravam necessitar de um apoio mais próximo e todos mostraram interesse em participar em programas de reabilitação pulmonar, tendo como principais expectativas uma melhoria do seu estado de saúde físico, do seu bem-estar emocional e dos seus conhecimentos acerca da doença. Estes dados demonstram que uma abordagem biomédica

é claramente insuficiente para responder a todas as necessidades dos pacientes com DPOC. Por um lado, algumas destas necessidades podem ser colmatadas através da fisioterapia respiratória, uma vez que têm sido descrita como intervenção fundamental nestes pacientes (ATS/ERS, 2004; GOLD, 2010). De facto, os programas de reabilitação pulmonar que têm surgido já procuram responder a alguns destes objectivos, conjugando exercícios de *endurance* e de força muscular com técnicas de reaprendizagem respiratória e de higiene brônquica. No desenho destas intervenções, os profissionais devem ter em consideração os aspectos relacionados com a idade e o género, uma vez que foi visível neste estudo que tanto as mulheres como os mais idosos são os que apresentavam mais fragilidades.

Por outro lado, como os problemas evidenciados nos pacientes são multi-factoriais, são necessárias intervenções abrangentes e integradas para dar resposta às suas diferentes necessidades e expectativas. Torna-se imperativo, assim, que as intervenções nestes pacientes tenham também uma componente psico-educativa, que aumente o seu sentido de competência e auto-eficácia para gerir a DPOC. Através das dificuldades percebidas nos participantes considera-se essencial que esta componente proporcione ferramentas aos pacientes para conhecer melhor a sua doença e formas de evitar a exposição a factores de risco e que os capacite com estratégias eficazes para prevenir e lidar com o *stress* que resulta do impacto que a DPOC trouxe às suas vidas. Os Factores Pessoais demonstraram que os pacientes têm muitos receios quanto à evolução do seu estado de saúde e que se concentram apenas em factores externos quando pensam na melhoria da sua condição de saúde. Verificou-se também que as formas de *coping* que escolhem não são, na maioria das vezes, as mais adaptativas. As intervenções psico-educativas devem por isso incutir nos pacientes um sentido de responsabilização pelo seu estado de saúde e ajudá-los a encontrar e a implementar estratégias de *coping* mais activas e adaptativas. Assim, intervenções futuras que combinem o acompanhamento médico tradicional, com a fisioterapia respiratória e a psico-educação parecem ser uma forma mais integradora de tratar esta população.

Observou-se, todavia, que a DPOC também tem um impacto importante no seio familiar, e à semelhança do que actualmente acontece no âmbito de outras doenças crónicas (Fiorillo, Bassi, de Girolamo, Catapano, & Romeo, 2010; Hudson et al., 2008), a família deve ser igualmente apoiada e integrada nestas intervenções psico-educativas. Estas intervenções

podem facilitar a comunicação na família e potenciar a sua coesão, permitindo um ajustamento funcional e saudável ao impacto da doença.

Ao compreender esta vivência dos pacientes, os sistemas de saúde reúnem dados preciosos para desenhar intervenções adequadas às necessidades e expectativas destes e aumentar o acesso a estes cuidados. Assim, os pacientes ao serem envolvidos no planeamento dos seus cuidados de saúde, tornam-se agentes mais activos na procura de um melhor estado de saúde, os cuidados de saúde ganham um novo significado e tornam-se mais eficientes (M Stewart, 2001; Moira Stewart, et al., 2000).

CONCLUSÃO

O uso da CIF permitiu integrar diferentes perspectivas de saúde numa visão única e coerente, a perspectiva biopsicossocial. Com esta perspectiva multidimensional foi possível descrever os aspectos principais da funcionalidade e da incapacidade dos pacientes com DPOC em estadio avançado. Simultaneamente, o quadro conceptual de referência universal da CIF torna os resultados deste estudo facilmente compreendidos por profissionais com diferentes *backgrounds*, como clínicos, investigadores, políticos, entre outros; e possibilita que estes sejam usados para comparações com outros estadios da doença, outras doenças crónicas e mesmo com outros países. Com a aplicação do *core set* da CIF para as doenças pulmonares obstrutivas tornou-se possível beneficiar destas qualidades únicas da CIF e ao mesmo tempo ultrapassar a sua barreira principal, a aplicabilidade.

Aliadas às vantagens do uso da CIF, a metodologia qualitativa permitiu a exploração em profundidade da experiência de viver e lidar com a DPOC, bem como, das preferências e expectativas dos pacientes para com os sistemas de saúde. Esta conjugação dos dados quantitativos provenientes da utilização da CIF com os dados qualitativos das entrevistas individuais proporcionou uma compreensão mais profunda e multifacetada das necessidades dos pacientes com esta doença crónica. Com este estudo foi possível, portanto, um levantamento completo e integrador das necessidades dos pacientes com DPOC em estadio avançado, que é condição fundamental para a delineação de intervenções centradas no paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

240.^a deliberação do Conselho Superior de Estatística — aprovação para fins estatísticos da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), 5 C.F.R. (2003).

Agusti, A. G. N. (2005). COPD, a multicomponent disease: implications for management. *Respiratory medicine*, 99(6), 670-682. doi: 10.1016/j.rmed.2004.11.006.

American Thoracic Society/European Respiratory Society Task Force. (2004). Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD American Thoracic Society (Ed.) Retrieved from <http://www.thoracic.org/go/copd>.

Andrew, S., & Halcomb, E. J. (2009). *Mixed methods research for nursing and the health sciences*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Avşar, G., & Kaşıkçı, M. (2010). Living with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 46-52.

Baldacchino, D., & Draper, P. (2001). Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 833-841. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01814.x.

Barnett, M. (2005). Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 14(7), 805-812. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01125.x.

Bautz-Holter, E., Sveen, U., Cieza, A., Geyh, S., & Røe, C. (2008). Does the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) core set for low back pain cover the patients' problems? A cross-sectional content-validity study with a Norwegian population. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 44(4), 387-397.

Berg, B. L. (2001). *Qualitative research methods for the social sciences* (4th ed.). Needham Heights: Allyn & Bacon.

Bergs, D. (2002). 'The Hidden Client'— women caring for husbands with COPD: their experience of quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 11(5), 613-621. doi: 10.1046/j.1365-2702.2002.00651.x.

Bourbeau, J. (2009). Activities of Life: The COPD Patient. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 6(3), 192-200. doi: 10.1080/15412550902902638.

Bulley, C., Donaghy, M., Howden, S., Salisbury, L., Whiteford, S., & Mackay, E. (2009). A prospective qualitative exploration of views about attending pulmonary rehabilitation. *Physiotherapy Research International*, 14(3), 181-192. doi: 10.1002/pri.435.

Burker, E. J., Evon, D. M., Sedway, J. A., & Egan, T. (2004). Religious Coping, Psychological Distress and Disability Among Patients with End-Stage Pulmonary Disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(3), 179-193. doi: 10.1023/b:jocs.0000037612.31730.56.

Casey, D., & Murphy, K. (2009). Issues in using methodological triangulation in research. *Nurse Researcher*, 16(4), 40-55.

Celli, B. R., MacNee, W., Agusti, A., Anzueto, A., Berg, B., Buist, A. S., . . . ZuWallack, R. (2004). Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *European Respiratory Journal*, 23(6), 932-946. doi: 10.1183/09031936.04.00014304.

Chailleux, E., Laaban, J.-P., & Veale, D. (2003). Prognostic Value of Nutritional Depletion in Patients With COPD Treated by Long-term Oxygen Therapy*. *Chest*, 123(5), 1460-1466. doi: 10.1378/chest.123.5.1460.

Chan, S. C. C. (2004). Chronic obstructive pulmonary disease and engagement in occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 408-415.

- Chen, K.-H., Chen, M.-L., Lee, S., Cho, H.-Y., & Weng, L.-C. (2008). Self-management behaviours for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 595-604. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04821.x.
- Cicutto, L., Brooks, D., & Henderson, K. (2004). Self-care issues from the perspective of individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Patient Education and Counseling*, 55(2), 168-176. doi: DOI: 10.1016/j.pec.2003.08.012.
- Cieza, A., Ewert, T., Ustun, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., & Stucki, G. (2004). Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *Journal of Rehabilitation Medicine* 44 Suppl, 9-11. doi: 10.1080/16501960410015353.
- Coenen, M. (2008). *Developing a method to validate the WHO ICF Core Sets from the patient perspective: rheumatoid arthritis as a case in point*. Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie an der Medizinischen, Universität München, München.
- Commission for Healthcare Audit and Inspection. (2006). Clearing the air: A national study of chronic obstructive pulmonary disease. London.
- Curkendall, S. M., deLuise, C., Jones, J. K., Lanes, S., Stang, M. R., Goehring, E., & She, D. (2006). Cardiovascular Disease in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Saskatchewan Canada: Cardiovascular Disease in COPD Patients. *Annals of epidemiology*, 16(1), 63-70. doi: 10.1016/j.annepidem.2005.04.008.
- Di Marco, F., Verga, M., Reggente, M., Maria Casanova, F., Santus, P., Blasi, F., . . . Centanni, S. (2006). Anxiety and depression in COPD patients: The roles of gender and disease severity. *Respiratory medicine*, 100(10), 1767-1774. doi: 10.1016/j.rmed.2006.01.026.
- Direcção-Geral da Saúde. (2005a). *Programa nacional de combate à obesidade*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde. (2005b). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Elkington, H., White, P., Addington-Hall, J., Higgs, R., & Pettinari, C. (2004). The last year of life of COPD: a qualitative study of symptoms and services. *Respiratory medicine*, 98(5), 439-445. doi: :10.1016/j.rmed.2003.11.006.
- Elofsson, L. C., & Öhlén, J. (2004). Meanings of being old and living with chronic obstructive pulmonary disease. *Palliative Medicine*, 18(7), 611-618. doi: 10.1191/0269216304pm922oa.
- European Network of COPD Patients Associations. (2002). European COPD Patient Manifesto - A Vision for Change.
- European Respiratory Society/European Lung Foundation. (2003). European Lung White Book. Geneva.
- Ewert, T., Fuessl, M., Cieza, A., Andersen, C., Chatterji, S., Kostanjsek, N., & Stucki, G. (2004). Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44, 22-29.
- Fiorillo, A., Bassi, M., de Girolamo, G., Catapano, F., & Romeo, F. (2010). The impact of a psychoeducational intervention on family members' views about schizophrenia: Results from the OASIS Italian multi-centre study. *International Journal of Social Psychiatry*. doi: 10.1177/0020764010376607.
- Fischer, M. J., Scharloo, M., Abbink, J. J., Thijs-Van, A., Rudolphus, A., Snoei, L., . . . Kaptein, A. A. (2007). Participation and drop-out in pulmonary rehabilitation: a qualitative analysis of the patient's perspective. *Clinical Rehabilitation*, 21(3), 212-221. doi: 10.1177/0269215506070783.

- Foss, C., & Ellefsen, B. (2002). The value of combining qualitative and quantitative approaches in nursing research by means of method triangulation. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 242-248. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02366.x.
- Frampton, S., Guastello, S., Brady, C., Hale, M., Horowitz, S., Smith, S. B., & Stone, S. (2008). Patient-Centered Care - Improvement Guide: Picker Institute and Planetree.
- François, M., Morice, A. H. P., Blouin, J., & Montagne, G. (2011). Age-related decline in sensory processing for locomotion and interception. *Neuroscience*, 172, 366-378. doi: 10.1016/j.neuroscience.2010.09.020.
- Gallant, M. P. (2003). The Influence of Social Support on Chronic Illness Self-Management: A Review and Directions for Research. *Health Education & Behavior*, 30(2), 170-195. doi: 10.1177/1090198102251030.
- Gardiner, C., Gott, M., Small, N., Payne, S., Seamark, D., Barnes, S., . . . Ruse, C. (2009). Living with advanced chronic obstructive pulmonary disease: patients concerns regarding death and dying. *Palliative Medicine*, 23(8), 691-697. doi: 10.1177/0269216309107003.
- Garrod, R., Paul, E. A., & Wedzicha, J. A. (2002). An evaluation of the reliability and sensitivity of the London Chest Activity of Daily Living Scale (LCADL). *Respiratory medicine*, 96(9), 725-730. doi: 10.1053/rmed.2002.1338.
- Giacomini, M. K., & Cook, D. J. (2000). Users' Guides to the Medical Literature. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 284(3), 357-362. doi: 10.1001/jama.284.3.357.
- Green, J., & Thorogood, N. (2004). *Qualitative Methods for Health Research* (1st ed.). London: SAGE Publications.
- Grill, E., Huber, E. O., Stucki, G., Herceg, M., Fialka-Moser, V., & Quittan, M. (2005). Identification of relevant ICF categories by patients in the acute hospital. *Disability & Rehabilitation*, 27(7-8), 447-458. doi: 10.1080/09638280400014048.
- Gullick, J., & Stainton, M. C. (2008). Living with chronic obstructive pulmonary disease: developing conscious body management in a shrinking life-world. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 605-614. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04823.x.
- Gysels, M., & Higginson, I. J. (2010). The Experience of Breathlessness: The Social Course of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(3), 555-563. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.08.009.
- Hanania, N. A., & Sharafkhaneh, A. (2011). *COPD - A Guide to Diagnosis and Clinical Management* (1st ed.): Humana Press.
- Haughney, J., Partridge, M. R., Vogelmeier, C., Larsson, T., Kessler, R., Ståhl, E., . . . Löfdahl, C.-G. (2005). Exacerbations of COPD: quantifying the patient's perspective using discrete choice modelling. *European Respiratory Journal*, 26(4), 623-629. doi: 10.1183/09031936.05.00142704.
- Hesselink, A. E., Penninx, B. W. J. H., Schlösser, M. A. G., Wijnhoven, H. A. H., van der Windt, D. A. W. M., Kriegsman, D. M. W., & van Eijk, J. T. M. (2004). The role of coping resources and coping style in quality of life of patients with asthma or COPD. *Quality of Life Research*, 13(2), 509-518. doi: 10.1023/B:QURE.0000018474.14094.2f.
- Howard, C., Hallas, C. N., Wray, J., & Carby, M. (2009). The relationship between illness perceptions and panic in chronic obstructive pulmonary disease. *Behaviour Research and Therapy*, 47(1), 71-76. doi: DOI: 10.1016/j.brat.2008.10.004.
- Hudson, P., Quinn, K., Kristjanson, L., Thomas, T., Braithwaite, M., Fisher, J., & Cockayne, M. (2008). Evaluation of a psycho-educational group programme for family caregivers in home-based palliative care. *Palliative Medicine*, 22(3), 270-280. doi: 10.1177/0269216307088187.

- International Alliance of Patients' Organizations. (2007). What is Patient-Centred Healthcare? A review of Definitions and Principles (2nd ed.). London.
- Janssen, I., & Ross, R. (2005). Linking age-related changes in skeletal muscle mass and composition with metabolism and disease. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 9(6), 408-419.
- Jones, I., Kirby, A., Ormiston, P., Loomba, Y., Chan, K.-K., Rout, J., . . . Hamilton, S. (2004). The needs of patients dying of chronic obstructive pulmonary disease in the community. *Family Practice*, 21(3), 310-313. doi: 10.1093/fampra/cmh317.
- Jones, P., Brusselle, G., Dal Negro, R. W., Ferrer, M., Kardos, P., Levy, M. L., . . . Banik, N. (2011). Health-related quality of life in patients by COPD severity within primary care in Europe. *Respiratory medicine*, 105(1), 57-66. doi: 10.1016/j.rmed.2010.09.004.
- Kanervisto, M., Kaistila, T., & Paavilainen, E. (2007). Severe chronic obstructive pulmonary disease in a family's everyday life in Finland: Perceptions of people with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *Nursing & Health Sciences*, 9(1), 40-47. doi: 10.1111/j.1442-2018.2007.00303.x.
- Kanervisto, M., Paavilainen, E. & Heikkil, J. (2007). Family dynamics in families of severe COPD patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1498-1505. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01804.x.
- Kaptein, A. A., Scharloo, M., Fischer, M. J., Snoei, L., Cameron, L. D., Sont, J. K., . . . Weinman, J. (2008). Illness Perceptions and COPD: An Emerging Field for COPD Patient Management. *Journal of Asthma*, 45(8), 625-629. doi: 10.1080/02770900802127048.
- Kara Kaşıkçı, M., & Alberto, J. (2007). Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1468-1478. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01782.x.
- Karekla, M., & Constantinou, M. (2010). Religious Coping and Cancer: Proposing an Acceptance and Commitment Therapy Approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(4), 371-381. doi: 10.1016/j.cbpra.2009.08.003.
- Katsura, H., Yamada, K., Wakabayashi, R., & Kida, K. (2005). The impact of dyspnoea and leg fatigue during exercise on health-related quality of life in patients with COPD. *Respirology*, 10(4), 485-490. doi: 10.1111/j.1440-1843.2005.00729.x.
- Katsura, H., Yamada, K., Wakabayashi, R., & Kida, K. (2007). Gender-associated differences in dyspnoea and health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respirology*, 12(3), 427-432. doi: 10.1111/j.1440-1843.2007.01075.x.
- Kessler, R., Partridge, M. R., Miravittles, M., Cazzola, M., Vogelmeier, C., Leynaud, D., & Ostinelli, J. (2011). Symptom variability in patients with severe COPD: a pan-European cross-sectional study. *European Respiratory Journal*, 37(2), 264-272. doi: 10.1183/09031936.00051110.
- Kessler, R., Ståhl, E., Vogelmeier, C., Haughney, J., Trudeau, E., fdahl, C.-G. r. L., & Partridge, M. R. (2006). Patient understanding, detection, and experience of COPD exacerbations: an observational, interview-based study. *Chest*, 130(1), 133-142. doi: 10.1378/chest.130.1.133.
- Kong, E.-H. (2008). Family Caregivers of Older People in Nursing Homes. *Asian Nursing Research*, 2(4), 195-207. doi: 10.1016/s1976-1317(09)60001-3.
- Landbo, C., Prescott, E., Lange, P., Vestbo, J., & Almdal, T. P. (1999). Prognostic Value of Nutritional Status in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 160(6), 1856-1861.
- Liang, W.-M., Liu, W.-P., & Kuo, H.-W. (2009). Diurnal temperature range and emergency room admissions for chronic obstructive pulmonary disease in Taiwan. *International Journal of Biometeorology*, 53(1), 17-23. doi: 10.1007/s00484-008-0187-y.

- Lotters, F., van Tol, B., Kwakkel, G., & Gosselink, R. (2002). Effects of controlled inspiratory muscle training in patients with COPD: a meta-analysis. *European Respiratory Journal*, 20(3), 570-577. doi: 10.1183/09031936.02.00237402.
- Mador, M. J., & Bozkanat, E. (2001). Skeletal muscle dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Research*, 2(4), 1-9. doi: 10.1186/r60.
- Mahler, D. A., Ward, J., Waterman, L. A., McCusker, C., ZuWallack, R., & Baird, J. C. (2009). Patient-Reported Dyspnea in COPD Reliability and Association With Stage of Disease. *Chest*, 136(6), 1473-1479. doi: 10.1378/chest.09-0934.
- Mannino, D. M., & Braman, S. (2007). The Epidemiology and Economics of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Proc Am Thorac Soc*, 4(7), 502-506. doi: 10.1513/pats.200701-001FM.
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística - Com Utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Mathur, S., Takai, K. P., MacIntyre, D. L., & Reid, D. (2008). Estimation of Thigh Muscle Mass With Magnetic Resonance Imaging in Older Adults and People With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Physical Therapy*, 88(2), 219-230. doi: 10.2522/ptj.20070052.
- Maurer, J., Rebbapragada, V., Borson, S., Goldstein, R., Kunik, M. E., Yohannes, A. M., & Hanania, N. A. (2008). Anxiety and Depression in COPD. *Chest*, 134(4 suppl), 43S-56S. doi: 10.1378/chest.08-0342.
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care - Assessing quality in qualitative research. *Education and debate*, 320, 50-52.
- McCathie, H. C. F., Spence, S. H., & Tate, R. L. (2002). Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors. *European Respiratory Journal*, 19(1), 47-53. doi: 10.1183/09031936.02.00240702.
- McPherson, C. J., Wilson, K. G., & Murray, M. A. (2007). Feeling like a burden: Exploring the perspectives of patients at the end of life. *Social Science & Medicine*, 64(2), 417-427. doi: DOI: 10.1016/j.socscimed.2006.09.013.
- Meguro, M., Barley, E. A., Spencer, S., & Jones, P. W. (2007). Development and Validation of an Improved, COPD-Specific Version of the St. George Respiratory Questionnaire. *Chest*, 132(2), 456-463. doi: 10.1378/chest.06-0702.
- Mikkelsen, R. L., Middelboe, T., Pisinger, C., & Stage, K. B. (2004). Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(1), 65-70.
- Miller, M. R., Hankinson, J., Brusasco, V., Burgos, F., Casaburi, R., Coates, A., . . . Wanger, J. (2005). Standardisation of spirometry. *European Respiratory Journal*, 26(2), 319-338. doi: 10.1183/09031936.05.00034805.
- Mollaoglu, M., Fertelli, T. K., & Tuncay, F. Ö. Fatigue and disability in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Archives of Gerontology and Geriatrics, In Press, Corrected Proof*. doi: 10.1016/j.archger.2010.07.001.
- Mpofu, E., & Oakland, T. (2010). *Rehabilitation and health assessment : applying ICF guidelines*. New York: Springer Publishing Company.
- Myaskovsky, L., Amanda Dew, M., Switzer, G. E., McNulty, M. L., DiMartini, A. F., & McCurry, K. R. (2005). Quality of life and coping strategies among lung transplant candidates and their family caregivers. *Social Science & Medicine*, 60(10), 2321-2332. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.10.001.
- National Clinical Guideline Centre. (2010). *Chronic obstructive pulmonary disease: Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care*. London: National Clinical Guideline Centre Retrieved from <http://guidance.nice.org.uk/CG101/Guidance/pdf/English>.

- Niesz, T., Koch, L., & Rumrill, P. D. (2008). The empowerment of people with disabilities through qualitative research. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 31(1), 113-125.
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (2008). Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias.
- Öhman, A. (2005). Qualitative methodology for rehabilitation research1. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37(5), 273-280. doi: 10.1080/16501970510040056.
- Oliver, S. M. (2001). Living with failing lungs: the doctor–patient relationship. *Family Practice*, 18(4), 430-439. doi: 10.1093/fampra/18.4.430.
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa.
- Ottenbreit, N. D., & Dobson, K. S. (2004). Avoidance and depression: the construction of the Cognitive-Behavioral Avoidance Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 42(3), 293-313. doi: 10.1016/s0005-7967(03)00140-2.
- Ozalevli, S., & Ucan, E. S. (2006). The comparison of different dyspnoea scales in patients with COPD. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(5), 532-538. doi: 10.1111/j.1365-2753.2006.00658.x.
- Partridge, M. R., Karlsson, N., & Small, I. R. (2009). Patient insight into the impact of chronic obstructive pulmonary disease in the morning: an internet survey. *Current Medical Research and Opinion*, 25(8), 2043-2048. doi: 10.1185/03007990903103006.
- Peters, J. B., Heijdra, Y. F., Daudey, L., Boer, L. M., Molema, J., Richard Dekhuijzen, P. N., . . . Vercoulen, J. H. Course of normal and abnormal fatigue in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, and its relationship with domains of health status. *Patient Education and Counseling*, In Press, Corrected Proof. doi: 10.1016/j.pec.2010.08.021.
- Pinnock, H., Kendall, M., Murray, S. A., Worth, A., Levack, P., Porter, M., . . . Sheikh, A. (2011). Living and dying with severe chronic obstructive pulmonary disease: multi-perspective longitudinal qualitative study. *BMJ*, 342. doi: 10.1136/bmj.d142.
- Pinto, R. A., Holanda, M. A., Medeiros, M. M. C., Mota, R. M. S., & Pereira, E. D. B. (2007). Assessment of the burden of caregiving for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory medicine*, 101(11), 2402-2408. doi: 10.1016/j.rmed.2007.06.001.
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed "up and go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142-148.
- Prescott, E., Almdal, T., Mikkelsen, K. L., Tofteng, C. L., Vestbo, J., & Lange, P. (2002). Prognostic value of weight change in chronic obstructive pulmonary disease: results from the Copenhagen City Heart Study. *European Respiratory Journal*, 20(3), 539-544. doi: 10.1183/09031936.02.00532002.
- Putman-Casdorph, H., & McCrone, S. Chronic obstructive pulmonary disease, anxiety, and depression: State of the science. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 38(1), 34-47. doi: DOI: 10.1016/j.hrtlng.2008.02.005.
- Raherison, C., & Girodet, P.-O. (2009). Epidemiology of COPD. *European Respiratory Review*, 18(114), 213-221. doi: 10.1183/09059180.00003609.
- Ramos, M. (2005). *Crescer em stress: Usar o stresse para envelhecer com sucesso*. Lisboa: Ambar.
- Reinke, L. F., Engelberg, R. A., Shannon, S. E., Wenrich, M. D., Vig, E. K., Back, A. L., & Curtis, J. R. (2008). Transitions Regarding Palliative and End-of-Life Care in Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease or Advanced Cancer: Themes Identified by Patients, Families, and Clinicians. *Journal of Palliative Medicine*, 11(4), 601-609. doi: 10.1089/jpm.2007.0236.

- Ries, A. L. (2006). Impact of Chronic Obstructive Pulmonary Disease on Quality of Life: The Role of Dyspnea. *The American Journal of Medicine*, 119(10, Supplement 1), 12-20. doi: 10.1016/j.amjmed.2006.08.003.
- Roescha, S. C., & Weiner, B. (2001). A meta-analytic review of coping with illness - Do causal attributions matter? *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 205-219. doi: 10.1016/s0022-3999(01)00188-x.
- Sabit, R., Griffiths, T. L., Watkins, A. J., Evans, W., Bolton, C. E., Shale, D. J., & Lewis, K. E. (2008). Predictors of poor attendance at an outpatient pulmonary rehabilitation programme. *Respiratory medicine*, 102(6), 819-824. doi: 10.1016/j.rmed.2008.01.019.
- Sauerzapf, V., Jones, A. P., & Cross, J. (2009). Environmental factors and hospitalisation for chronic obstructive pulmonary disease in a rural county of England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(4), 324-328. doi: 10.1136/jech.2008.077024.
- Sayers, S. L., Riegel, B., Pawlowski, S., Coyne, J. C., & Samaha, F. F. (2008). Social Support and Self-Care of Patients with Heart Failure. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(1), 70-79. doi: 10.1007/s12160-007-9003-x.
- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Schlösser, M., Pouwels, H., Bel, E. H., Rabe, K. F., & Wouters, E. F. M. (2007). Illness Perceptions and Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. [Article]. *Journal of Asthma*, 44(7), 575-581. doi: 10.1080/02770900701537438.
- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J. A., Willems, L. N. A., & Rooijmans, H. G. M. (2000). Physical and Psychological Correlates of Functioning in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Asthma*, 37(1), 17-29. doi: doi:10.3109/02770900009055425.
- Seamark, D. A., Blake, S. D., Seamark, C. J., & Halpin, D. M. (2004). Living with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): perceptions of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18(7), 619-625. doi: 10.1191/0269216304pm928oa.
- Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. (2006). *1º Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade 2006-2009*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Seidler, R. D., Bernard, J. A., Burutolu, T. B., Fling, B. W., Gordon, M. T., Gwin, J. T., . . . Lipps, D. B. (2010). Motor control and aging: Links to age-related brain structural, functional, and biochemical effects. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(5), 721-733. doi: 10.1016/j.neubiorev.2009.10.005.
- Sewell, L., & Singh, S. J. (2001). The Canadian Occupational Performance Measure: is it a Reliable Measure in Clients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease? *The British Journal of Occupational Therapy*, 64, 305-310.
- Simpson, A. C., Young, J., Donahue, M., & Rocker, G. (2010). A day at a time: caregiving on the edge in advanced COPD. *International Journal of COPD*, 5, 141-151.
- Sin, D. D., & Man, S. F. P. (2003). Why Are Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Increased Risk of Cardiovascular Diseases?: The Potential Role of Systemic Inflammation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Circulation*, 107(11), 1514-1519. doi: 10.1161/01.cir.0000056767.69054.b3.
- Song, G., Chen, G., Jiang, L., Zhang, Y., Zhao, N., Chen, B., & Kan, H. (2008). Diurnal temperature range as a novel risk factor for COPD death. *Respirology*, 13(7), 1066-1069. doi: 10.1111/j.1440-1843.2008.01401.x.
- Sousa, L., Mendes, Á., & Relvas, A. P. (2007). *Enfrentar a Velhice e a Doença Crónica. Apoio das Unidades de Saúde a Doentes Crónicos Idosos e suas Famílias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Starrost, K., Geyh, S., Trautwein, A., Grunow, J., Caballos-Baumann, A., Prosiegel, M., . . . Cieza, A. (2008). Interrater Reliability of the Extended ICF Core Set for Stroke Applied by Physical Therapists. *Physical Therapy*, 88(7), 841-851. doi: 10.2522/ptj.20070211.

- Steuten, L. M. G., Creutzberg, E. C., Vrijhoef, H. J. M., & Wouters, E. F. (2006). COPD as a multicomponent disease: Inventory of dyspnoea, underweight, obesity and fat free mass depletion in primary care. *Primary Care Respiratory Journal*, 15(2), 84-91. doi: 10.1016/j.pcrj.2005.09.001.
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care - the patient should be the judge of patient centred care. *BMJ*, 322, 444-445. doi: 10.1136/bmj.322.7284.444.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *Journal of Family Practice*, 49(9), 796-804.
- Stone, S. (2008). A retrospective evaluation of the impact of the planetree patient-centered model of care on inpatient quality outcomes. *Health Environments Research and Design Journal*, 1(4), 55-69.
- Stucki, A., Stoll, T., Cieza, A., Weigl, M., Giardini, A., Wever, D., . . . Stucki, G. (2004). ICF Core Sets for obstructive pulmonary diseases. *Journal of Rehabilitation Medicine* 36(44 Suppl), 114-120. doi: 10.1080/16501960410016794.
- Stucki, G., Cieza, A., Ewert, T., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & N, T. B. u. S. (2002). Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disability and rehabilitation*, 24(5), 281-282. doi: 10.1080/09638280110105222.
- Stucki, G., Ewert, T., & Cieza, A. (2002). Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disability & Rehabilitation*, 24(17), 932-938. doi: 10.1080/09638280210148594.
- Stucki, G., Kostanjsek, N., Ustün, B., & Cieza, A. (2008). ICF-based classification and measurement of functioning. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 44(3), 315-328.
- Sullivan, S. D., Ramsey, S. D., & Lee, T. A. (2000). The Economic Burden of COPD*. *Chest*, 117(2 suppl), 5S-9S. doi: 10.1378/chest.117.2_suppl.5S.
- Sunyer, J. (2001). Urban air pollution and chronic obstructive pulmonary disease: a review. *European Respiratory Journal*, 17(5), 1024-1033.
- Terzano, C., Ceccarelli, D., Conti, V., Graziani, E., Ricci, A., & Petroianni, A. (2008). Maximal respiratory static pressures in patients with different stages of COPD severity. *Respiratory Research*, 9, 1-7. doi: 10.1186/1465-9921-9-8.
- The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2010). Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD.
- Theander, K., Jakobsson, P., Torstensson, O., & Unosson, M. (2008). Severity of fatigue is related to functional limitation and health in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Nursing Practice*, 14(6), 455-462. doi: 10.1111/j.1440-172X.2008.00720.x.
- Theander, K., & Unosson, M. (2004). Fatigue in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*, 45(2), 172-177. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02878.x.
- Thuné-Boyle, I. C., Stygal, J. A., Keshtgar, M. R., & Newman, S. P. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine*, 63(1), 151-164. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.11.055.
- Toms, J., & Harrison, K. (2002). Living with Chronic Lung Disease and the Effect of Pulmonary Rehabilitation: Patients' Perspectives. *Physiotherapy*, 88(10), 605-619. doi: 10.1016/S0031-9406(05)60512-3.
- Treloar, L. L. (2002). Disability, spiritual beliefs and the church: the experiences of adults with disabilities and family members. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5), 594-603. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02417.x.

- Verhage, T. L., Heijdra, Y., Molema, J., Vercoulen, J., & Dekhuijzen, R. Associations of muscle depletion with health status. Another gender difference in COPD? *Clinical Nutrition, In Press, Corrected Proof*. doi: 10.1016/j.clnu.2010.09.013.
- Williams, V., Bruton, A., Ellis-Hill, C., & McPherson, K. (2007). What really matters to patients living with chronic obstructive pulmonary disease? An exploratory study. *Chronic Respiratory Disease*, 4(2), 77-85. doi: 10.1177/1479972307078482.
- Wong, G. W. K., Ko, F. W. S., Lau, T. S., Li, S. T., Hui, D., Pang, S. W., . . . Lai, C. K. W. (2001). Temporal relationship between air pollution and hospital admissions for asthmatic children in Hong Kong. *Clinical & Experimental Allergy*, 31(4), 565-569. doi: 10.1046/j.1365-2222.2001.01063.x.
- World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2002). Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2005). *Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008a). *The world health report 2008 : primary health care now more than ever*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008b). *World health statistics 2008*. Geneva: World Health Organization.
- Wouters, E. F. M., Celis, M. P. M., Breyer, M. K., Rutten, E. P. A., Graat-Verboom, L., & Spruit, M. A. (2007). Co-morbid manifestations in COPD. *Respiratory Medicine: COPD Update*, 3(4), 135-151. doi: 10.1016/j.rmedu.2007.08.003.
- Yeh, P.-M., Wierenga, M. E., & Yuan, S.-C. (2009). Influences of Psychological Well-being, Quality of Caregiver-patient Relationship, and Family Support on the Health of Family Caregivers for Cancer Patients in Taiwan. *Asian Nursing Research*, 3(4), 154-166. doi: 10.1016/s1976-1317(09)60027-x.
- Yohannes, A. M., Greenwood, Y. A., & Connolly, M. J. (2002). Reliability of the Manchester respiratory activities of daily living questionnaire as a postal questionnaire. *Age and Ageing*, 31(5), 355-358. doi: 10.1093/ageing/31.5.355.
- Yuet, L. M., Alexander, M., & Chun, C. J. P. (2002). Coping and adjustment in Chinese patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Nursing Studies*, 39(4), 383-395. doi: 10.1016/s0020-7489(01)00036-0.

APÊNDICE I - FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PACIENTE

O Sr. está a ser convidado para participar num estudo de investigação. Mas, antes de decidir participar ou não, é importante que compreenda porque é que a investigação está a ser realizada e o que é que a mesma envolve. Por isso, pedimos-lhe que leia a informação com atenção e converse sobre a sua participação com outras pessoas, se assim o entender.

Se houver algum aspecto que não esteja claro ou se precisar de mais alguma informação, por favor pergunte aos investigadores. Use o tempo que precisar para decidir se deseja ou não participar. Muito obrigada, desde já, pela sua atenção.

Qual é o propósito do estudo?

O estudo, para o qual é convidado, pretende aprofundar conhecimentos sobre as diferentes necessidades de saúde, que o paciente sente desde que a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) está presente.

Assim, gostaríamos de poder entrevistá-lo para recolher algumas informações acerca do seu estado de saúde e bem-estar, necessidades e preocupações. Se aceitar participar, iremos pedir:

- a) Autorização para avaliar alguns aspectos da sua condição respiratória e mobilidade geral através do *Core set* alargado da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para as doenças pulmonares obstrutivas;

Neste contexto, a relevância da sua participação é fundamental para os resultados do estudo.

Porque é que foi escolhido?

O paciente foi escolhido porque está registado no Hospital, com um diagnóstico de DPOC.

Tenho de participar?

A decisão de participar, ou não, é completamente sua. Se decidir participar vamos pedir-lhe que leia e assine um termo de consentimento livre e esclarecido, no entanto, pode desistir a qualquer momento, sem que para tal tenha de dar qualquer justificação. A decisão de desistir ou de não participar, não afectará a qualidade dos serviços de saúde que lhe são prestados agora ou no futuro, nem implicará qualquer outra consequência.

O que me acontecerá se decidir participar?

Se decidir participar, por favor diga-o ao profissional que lhe entregou esta informação ou a um dos investigadores. Tendo em conta a sua disponibilidade, será combinada uma data para a entrevista.

O que tenho de fazer?

Não tem de fazer nada de especial. Apenas lhe solicitamos que compareça no horário combinado para a entrevista.

Quais são as possíveis desvantagens e riscos se decidir participar?

Não existem quaisquer desvantagens de participar no estudo. No entanto, se tiver alguma preocupação, por favor fale com os investigadores para se esclarecer.

Quais são os possíveis benefícios se decidir participar?

Não existem benefícios directos de participar no estudo. A informação que se obtiver através deste estudo poderá ajudar a desenvolver intervenções mais completas para avaliar e tratar outros pacientes com problemas respiratórios, consequentes de uma doença crónica.

A minha participação será confidencial?

Toda a informação recolhida no decurso do estudo será mantida estritamente confidencial. Os dados recolhidos para a base de dados não serão gravados com o seu nome, mas sim com um código, para que ninguém o possa identificar, e a base de dados será protegida com uma palavra-chave. Apenas os investigadores do projecto terão acesso aos dados.

O que acontecerá aos resultados do estudo?

Os resultados do estudo serão analisados e incorporados em Dissertações de Mestrado e alguns serão publicados em Revistas Científicas. No entanto, em nenhum momento os participantes serão identificados. Se quiser obter uma cópia de qualquer relatório ou publicação, por favor diga ao investigador com quem contactar.

Quem é que está a organizar e a financiar o estudo?

Este estudo é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (que é uma das entidades financiadoras de investigação em Portugal) e decorre no Hospital São Sebastião, em Santa Maria da Feira.

Quem fez a revisão do estudo?

O estudo foi revisto por um painel de especialistas quando submetido à Fundação para a Ciência e Tecnologia e aceite, tendo tido também aprovação da Comissão de Ética do Hospital de São Sebastião.

Muito obrigada por ter lido esta informação.

APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projecto: Reabilitar pessoas idosas com DPOC e suas famílias: promover programas integrados baseados na CIF

Por favor leia e assinale com uma cruz (X) os quadrados seguintes.

1. Eu confirmo que percebi a informação que me foi dada e tive a oportunidade de questionar e de me esclarecer.

☐

2. Eu percebo que a minha participação é voluntária e que sou livre de desistir, em qualquer altura, sem dar nenhuma explicação, sem que isso afecte qualquer serviço de saúde que me é prestado.

☐

3. Eu compreendo que os dados recolhidos durante a investigação são confidenciais e que só os investigadores do projecto da Universidade de Aveiro têm acesso a eles. Portanto, dou autorização para que os mesmos tenham acesso a esses dados.

☐

4. Eu compreendo que os resultados do estudo podem ser publicados em Revistas Científicas e usados noutras investigações, sem que haja qualquer quebra de confidencialidade. Portanto, dou autorização para a utilização dos dados para esses fins.

☐

5. Eu concordo então em participar no estudo.

☐

Nome do paciente

Data

Assinatura

Nome da testemunha

Data

Assinatura

Nome do Investigador(a)

Data

Assinatura

APÊNDICE III - CORE SET ALARGADO DA CIF PARA AS DOENÇAS PULMONARES OBSTRUTIVAS

PARTE 1A: DEFICIÊNCIAS DAS FUNÇÕES DO CORPO

Primeiro Qualificador: <i>Extensão das deficiências</i>
0 Nenhuma deficiência significa que a pessoa não tem nenhum problema.
1 Deficiência Ligeira significa que um problema está presente menos do que 25% do tempo, com uma intensidade que uma pessoa pode tolerar e que raramente se manifestou nos últimos 30 dias.
2 Deficiência moderada significa que um problema está presente em menos do que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária das pessoas e que se manifestou ocasionalmente nos últimos 30 dias.
3 Deficiência grave significa que um problema está presente em mais do que 50% do tempo, com uma intensidade que perturba parcialmente a vida diária das pessoas e que se manifestou frequentemente nos últimos 30 dias.
4 Deficiência completa significa que um problema está presente em mais do que 95% do tempo, com uma intensidade que perturba totalmente a vida diária das pessoas e que se manifestou permanentemente nos últimos 30 dias.
8 Não especificada significa que não há informação suficiente para especificar a severidade da deficiência.
9 Não aplicável significa que não é apropriado aplicar qualquer código.

<i>Lista Abreviada das Funções do corpo</i>	<i>Qualificador</i>
B1. FUNÇÕES MENTAIS	
b130 Funções da energia e dos impulsos <i>Considera ter energia para o seu dia-a-dia? Tem apetite? Com que frequência se sente assim?</i>	
b134 Funções do sono <i>Considera que dorme bem? Tem um sono profundo? Quantas horas costuma dormir?</i>	
b152 Funções emocionais	
b1522 Amplitude da emoção <i>Sente que consegue gerir as suas emoções, e.g., ansiedade, receios, momentos de felicidade?</i>	
B2. FUNÇÕES SENSORIAIS E DOR	
b280 Sensação de dor	
b2801 Dor localizada <i>Sente habitualmente dores? Em que zona do corpo? Como classifica essa(s) dor(es)?</i>	
B3. FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA	
b310 Funções da voz <i>Considera que houve alguma mudança na qualidade da sua voz?</i>	
B4. FUNÇÕES DO APARELHO CARDIOVASCULAR, DOS SISTEMAS HEMATOLÓGICO E IMUNOLÓGICO E DO APARELHO RESPIRATÓRIO	
b410 Funções cardíacas <i>Tem conhecimento de ter algum problema cardíaco? Objectivamente mede-se a frequência cardíaca (valores padrão para um adulto 60-100bpm segundo a Wisconsin Department of Health Services, 2008), palpar o pulso para avaliar o ritmo e volume (fraco - fácil de obliterar, forte - difícil de obliterar) e analisar exames complementares quando existirem.</i>	
b430 Funções do sistema hematológico (<i>sangue</i>) <i>Tem conhecimento de algum problema sanguíneo, como por exemplo anemia? Quando tem um corte, é-lhe difícil estancar o sangue? Analisar exames complementares quando existirem.</i>	
b435 Funções do sistema imunológico <i>Costuma ter reacções alérgicas? As suas pernas/pés e braços/ mãos costumam inchar? Analisar exames complementares quando existirem.</i>	
b440 Funções da respiração <i>Avaliar a frequência respiratória (valores normais para um adulto entre 12 a 20 cpm segundo a Wisconsin Department of Health Services, 2008), avaliar o ritmo (1 a 2 segundos inspiração/ 3 ou 4 segundos na expiração), avaliar a profundidade e o padrão.</i>	
b445 Funções dos músculos respiratórios <i>Observar actividade do diafragma e dos músculos respiratórios acessórios. Analisar os valores da espirometria (valores padrão baseados na British Thoracic Society, 2004).</i>	
b450 Funções respiratórias adicionais <i>Consegue tossir? Sente que a sua tosse é eficaz?</i>	
b455 Funções de tolerância ao exercício <i>Sente-se cansado facilmente, e.g., quando sobe ou desce um lanço de escadas, quando sai à rua?</i>	

b460 Sensações associadas às funções cardiovasculares e respiratórias <i>Costuma sentir falta de ar? Pieira? Palpitações? Com que frequência aparecem estas sensações?</i>	
B5. FUNÇÕES DO APARELHO DIGESTIVO E DOS SISTEMAS HEMATOLÓGICO E ENDÓCRINO	
b530 Funções de manutenção do peso <i>No último ano sentiu mudanças no seu peso? Emagreceu? Engordou? Manteve? Analisar o IMC (valores padrão baseados na World Health Organization, 2000).</i>	
B7. FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS E FUNÇÕES RELACIONADAS COM O MOVIMENTO	
b730 Funções da força muscular (<i>O paciente executa o Teste Levantar e ir</i>)	
b740 Funções da resistência muscular (<i>O paciente executa o Teste Levantar e ir</i>)	
b780 Sensações relacionadas com os músculos e as funções do movimento <i>Sente rigidez ou contracturas nos seus músculos? Se sim, em quais?</i>	

PARTE 1B: DEFICIÊNCIAS DAS ESTRUTURAS DO CORPO

Primeiro Qualificador: Extensão/Magnitude da deficiência
<p>0 Nenhuma deficiência significa que a pessoa não tem nenhum problema.</p> <p>1 Deficiência ligeira significa que um problema está presente menos do que 25% do tempo, com uma intensidade que uma pessoa pode tolerar e que raramente se manifestou nos últimos 30 dias.</p> <p>2 Deficiência moderada significa que um problema está presente em menos do que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária das pessoas e que se manifestou ocasionalmente nos últimos 30 dias.</p> <p>3 Deficiência grave significa que um problema está presente em mais do que 50% do tempo, com uma intensidade que perturba parcialmente a vida diária das pessoas e que se manifestou frequentemente nos últimos 30 dias.</p> <p>4 Deficiência completa significa que um problema está presente em mais do que 95% do tempo, com uma intensidade que perturba totalmente a vida diária das pessoas e que se manifestou permanentemente nos últimos 30 dias.</p> <p>8 Não especificada significa que não há informação suficiente para especificar a severidade da deficiência.</p> <p>9 Não aplicável significa que não é apropriado aplicar qualquer código.</p>

Lista abreviada de Estruturas do Corpo	Primeiro Qualificador: Magnitude da deficiência
s410 Estrutura do aparelho cardiovascular	
s430 Estrutura do aparelho respiratório	
s710 Estrutura da região da cabeça e pescoço	
s720 Estrutura da região do ombro	
s760 Estrutura do tronco	

Analisar exames complementares, observar a postura, as próprias estruturas e questionar sobre algum problema nestas.

PARTE 2: RESTRIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

Primeiro Qualificador: <i>Desempenho</i> Extensão da Restrição de Participação
<p>0 Nenhuma dificuldade significa que a pessoa não tem nenhum problema.</p> <p>1 Dificuldade ligeira significa que um problema está presente em menos do que 25% do tempo, com uma intensidade que uma pessoa pode tolerar e que raramente aconteceu nos últimos 30 dias.</p> <p>2 Dificuldade moderada significa que um problema está presente em menos do que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que aconteceu ocasionalmente nos últimos 30 dias.</p> <p>3 Dificuldade grave significa que um problema está presente em mais do que 50% do tempo, com uma intensidade que perturba parcialmente a vida diária da pessoa e que aconteceu ocasionalmente nos últimos 30 dias.</p> <p>4 Dificuldade completa significa que um problema está presente em mais do que 95% do tempo, com uma intensidade que perturba totalmente a vida diária das pessoas e que se manifestou permanentemente nos últimos 30 dias.</p> <p>8 Não especificada significa que não há informação suficiente para especificar a severidade do problema.</p> <p>9 Não aplicável significa que não é apropriado aplicar qualquer código.</p>

Lista abreviada dos domínios de A e P	Qualificador de Desempenho
d2. TAREFAS E EXIGÊNCIAS GERAIS	
d230 Executar a rotina diária <i>Sente dificuldade(s) em gerir a rotina diária? Em que medida?</i>	
d240 Lidar com o stress e outras exigências psicológicas <i>Sente dificuldade(s) em lidar com o stress? Em lidar com responsabilidades?</i>	
d3. COMUNICAR E RECEBER MENSAGENS	
d330 Falar	

d4. MOBILIDADE	
d410 Mudar a posição básica do corpo (<i>O paciente executa o Teste Levantar e ir</i>)	
d430 Levantar e transportar objectos (<i>O paciente levanta um objecto</i>)	
d450 Andar (<i>O paciente executa o Teste Levantar e ir</i>)	
d455 Deslocar-se <i>Considera ter dificuldades ao subir ou descer escadas? Se sim, qual(ais)?</i>	
d460 Deslocar-se por diferentes locais <i>Sente dificuldade(s) em andar dentro de casa? E na rua? Se sim, qual(ais)?</i>	
d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento <i>Sente dificuldade(s) em deslocar-se com ajuda, e.g., uma bengala? Se sim, qual(ais)?</i>	
d470 Utilização de transporte <i>Sente dificuldade(s) em entrar para um carro? E para transportes públicos? Se sim, qual(ais)?</i>	
d475 Conduzir <i>Conduz algum veículo? Sente dificuldade(s) em conduzi-lo? Se sim, qual(ais)?</i>	
d4750 Conduzir um meio de transporte com tracção humana <i>Conduz algum veículo como bicicleta, carrinho de mão? Sente dificuldade(s) em conduzir esse veículo? Se sim, qual(ais)?</i>	
d5. AUTO CUIDADOS	
d510 Lavar-se <i>Sente dificuldade(s) nos cuidados de higiene? Se sim, qual(ais)?</i>	
d540 Vestir-se <i>Sente dificuldade(s) em vestir-se? E calçar-se? Se sim, qual(ais)?</i>	
d570 Cuidar da própria saúde <i>O que faz para cuidar activamente da sua saúde? Tem uma dieta equilibrada? Faz alguma actividade física? São frequentes estes comportamentos saudáveis?</i>	
d6. VIDA DOMÉSTICA	
d620 Aquisição de bens e serviços <i>Sente dificuldade(s) em ir às compras? E a transportá-las e arrumá-las em casa? Se sim, qual(ais)?</i>	
d640 Realizar as tarefas domésticas <i>Sente dificuldade(s) em realizar as tarefas domésticas, e.g., limpar a casa, cozinhar, estender roupa, levar o lixo à rua, ...? Se sim, qual(ais)?</i>	
d650 Cuidar dos objectos da casa <i>Sente dificuldade(s) em cuidar do jardim/quintal? Cuidar de animais? Reparar objectos? Na manutenção da sua casa ou carro? Se sim, qual(ais)?</i>	
d660 Ajudar os outros <i>Sente dificuldade(s) em ajudar os seus familiares, e.g., apoiar o seu familiar emocionalmente, ajudar a tomar conta dos netos? Se sim, qual(ais)?</i>	
d7. INTERACÇÕES E RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS	
d770 Relacionamentos íntimos <i>Sente dificuldade(s) em gerir a sua relação com o seu/sua companheiro(a)?</i>	
d8. ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA	
d845 Obter, manter e sair de um emprego <i>Sente dificuldade(s) em manter o emprego? Se sim, qual(ais)?</i>	
d850 Trabalho remunerado <i>Sente dificuldade(s) em desempenhar as funções que o seu emprego implica? Se sim, qual(ais)?</i>	
d9. VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA	
d910 Vida comunitária <i>Sente que a sua doença interferiu com a sua vida social, como por exemplo na participação em organizações, voluntariados, clubes? Em que medida?</i>	
d920 Recreação e lazer <i>Sente que deixou de fazer alguma(s) actividade(s) que gostasse devido à sua doença? Se sim, qual(ais)? Isto acontece com que frequência?</i>	

PARTE 3: FACTORES AMBIENTAIS

Barreiras
0 nenhuma barreira
1 barreira ligeira
2 barreira moderada
3 barreira grave
4 barreira completa
8 Não especificada
9 Não aplicável

<i>Lista abreviada do Ambiente</i>	<i>Qualificador Barreira</i>
e1. PRODUTOS E TECNOLOGIA	
e110 Para consumo pessoal <i>Considera que os medicamentos são uma ajuda para si? Estes interferem com o seu dia-a-dia? Provocam efeitos secundários desagradáveis?</i>	
e115 Para uso pessoal na vida diária <i>Utiliza tecnologias de apoio no seu dia-a-dia, e.g., óculos, aparelho auditivo, cadeira de banho, ...? Se sim, quais? Considera que estes facilitam o seu dia-a-dia?</i>	
e120 Para facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em ambientes interiores e exteriores <i>Utiliza algum equipamento para o ajudar a deslocar-se fora e dentro de edifícios? Se sim, quais? Pensa que esse equipamento facilita a sua deslocação?</i>	
e150 Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios para uso público <i>Sente dificuldade(s) em deslocar-se em prédios públicos, e.g., quando vai aos correios, igreja, centro de saúde...? Se sim, qual(ais)?</i>	
e155 Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios para uso privado <i>Sente dificuldade(s) em deslocar-se em prédios privados, e.g., quando vai ao banco, cabeleireiro, mercearia...? Se sim, qual(ais)?</i>	
e2. AMBIENTE NATURAL E MUDANÇAS AMBIENTAIS FEITAS PELO HOMEM	
e225 Clima <i>O clima tem implicações na sua doença? A mudança de estação ou as diferenças de temperatura alteram a sua falta de ar?</i>	
e245 Mudanças relacionadas com o tempo	
e2450 Ciclos dia/noite <i>Sente alterações na sua saúde com a mudança do dia, e.g., quando amanhece ou anoitece? Se sim, quais?</i>	
e260 Qualidade do ar <i>A qualidade do ar nos locais que frequenta tem alguma implicação na sua saúde? Em que medida?</i>	
e3. APOIO E RELACIONAMENTOS	
e310 Família próxima <i>A sua família próxima ajuda-o, e.g., companheiro, filhos? Considera suficiente a ajuda que lhe proporcionam?</i>	
e320 Amigos <i>Os seus amigos ajudam-no? Considera suficiente a ajuda que lhe proporcionam?</i>	
e340 Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade <i>Tem algum apoio de vizinhos ou outras pessoas conhecidas? Considera suficiente a ajuda que lhe proporcionam?</i>	
e355 Profissionais de saúde <i>Os profissionais de saúde ajudam-no? Considera suficiente a ajuda que lhe proporcionam?</i>	
e4. ATITUDES	
e410 Atitudes individuais da família próxima <i>As opiniões dos seus familiares mais próximos influenciam as suas decisões? Considera isso positivo para si?</i>	
e420 Atitudes individuais de amigos <i>As opiniões dos seus amigos influenciam as suas decisões? Considera isso positivo para si?</i>	

e450 Atitudes individuais de profissionais de saúde <i>As opiniões dos profissionais de saúde influenciam as suas decisões? Considera isso positivo para si?</i>	
e460 Atitudes sociais <i>Considera que as regras sociais e os comportamentos socialmente aceites influenciam as suas decisões? Considera que isso é positivo para si?</i>	
e5. SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS	
e540 Relacionados com os transportes <i>Tem acesso aos transportes públicos? Tem algum apoio financeiro na sua utilização, e.g., aquisição de passes com condições especiais? Se sim, qual(ais)?</i>	
e555 Relacionados com associações e organizações <i>Tem apoio de associações ou organizações, e.g., voluntariado, associações locais? Se sim, qual(ais)?</i>	
e575 Relacionados com o apoio social <i>Tem algum apoio social para as suas actividades do dia-a-dia, e.g., alimentação, compras, transporte? Se sim, qual(ais)?</i>	
e580 Relacionados com a saúde <i>Tem algum apoio dos serviços de saúde para os tratamentos da DPOC? Se sim, quais? Considera esse apoio positivo?</i>	
e585 Relacionados com a educação e a formação profissional <i>Tem algum apoio de serviços de educação? Se sim, quais? Considera esse apoio positivo?</i>	
e590 Relacionados com o trabalho e o emprego <i>Tem algum apoio de instituições de trabalho, como por exemplo o Centro de Emprego? Considera esse apoio positivo?</i>	

APÊNDICE IV - GUIÃO DE ENTREVISTA

Como qualquer doença, a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) tem implicações na qualidade de vida das pessoas, podendo ser uma fonte de stress para o paciente e para a família. Viver com DPOC obriga, por isso, a mudanças na vida do paciente, bem como na dos seus familiares.

1. Quais as principais mudanças que a DPOC trouxe a si e à sua vida familiar?
2. Neste momento, quais são as suas maiores dificuldades?
3. O que seria preciso para as resolver?
4. O que mais receia?
5. Tem realizado tratamentos para a sua doença respiratória? Se sim, quais?
6. Qual a sua opinião acerca desses tratamentos (o que mais lhe agrada, o que o desagrada, ...)?
7. Sente que tem competências e conhecimentos suficientes para lidar com as dificuldades da doença? O que gostaria de saber mais?
8. Normalmente, a doença em si não traz nada de bom, mas mesmo assim, consegue encontrar alguns aspectos positivos desta experiência? Se sim, qual ou quais?
9. A doença, como sabe, exige um ajustamento de toda a família a essa nova situação. O esforço de proporcionar os melhores cuidados, implica algumas mudanças na vida da família em geral e, em particular, da pessoa que está mais próxima e que o ajuda. Qual considera ser a principal necessidade desta pessoa?

Se o hospital desenvolvesse um programa de fisioterapia respiratória e de apoio psico-educativo para pacientes com DPOC. O objectivo geral do programa seria o de facilitar a gestão e adaptação à doença. Seria um programa breve, estruturado (3 sessões de fisioterapia respiratória com o paciente e mais uma sessão psico-educativa por semana, durante 8 semanas).

10. Estaria interessado em participar no programa?

a) **Sim:** indique-me 3 benefícios que esperava obter do programa e os 3 principais receios em relação ao programa.

b) **Não:** pode indicar os motivos que não o levam a participar?

APÊNDICE V – PROBLEMAS DA COMPONENTE DAS FUNÇÕES DO CORPO COMPARANDO GÊNEROS E GRUPOS ETÁRIOS (N=15).

Título da categoria CIF		Gêneros		Grupos etários					
		Feminino	Masculino			< 65	≥65		
		1-4	1-4			1-4	1-4		
		n(%)	n(%)	p ^a	p ^b	n(%)	n(%)	p ^a	p ^b
b130	Funções da energia e dos impulsos	7(87,50%)	5(71,43%)	0,569	0,167	8(88,89%)	4(66,67%)	0,525	0,522
b134	Funções do sono	6(75%)	3(42,86%)	0,315	0,059	5(55,56%)	4(66,67%)	1,000	0,365
b152	Funções emocionais	7(87,50%)	5(71,43%)	0,569	0,431	6(66,67%)	6(100%)	0,229	0,496
b1522	Amplitude da emoção	7(87,50%)	5(71,43%)	0,569	0,431	6(66,67%)	6(100%)	0,229	0,496
b280	Sensação de dor	8(100%)	5(71,43%)	0,200	0,147	7(77,78%)	6(100%)	0,486	0,495
b2801	Dor localizada	8(100%)	5(71,43%)	0,200	0,147	7(77,78%)	6(100%)	0,486	0,495
b310	Funções da voz	3(37,50%)	2(28,57%)	1,000	0,299	4(44,44%)	1(16,67%)	0,189	0,095
b410	Funções cardíacas	3(37,50%)	2(28,57%)	1,000	0,534	2(22,22%)	3(50%)	0,580	0,263
b430	Funções do sistema hematológico	3(37,50%)	1(14,29%)	0,569	0,338	1(11,11%)	3(50%)	0,235	0,110
b435	Funções do sistema imunológico	6(75%)	3(42,86%)	0,315	0,057	6(66,67%)	3(50%)	0,622	0,487
b440	Funções da respiração	7(87,50%)	5(71,43%)	0,569	0,435	7(77,78%)	5(83,33%)	1,000	0,381
b445	Funções dos músculos respiratórios	8(100%)	7(100%)	1,000	0,166	9(100%)	6(100%)	1,000	0,545
b450	Funções respiratórias adicionais	5(62,50%)	1(14,29%)	0,132	0,066	3(33,33%)	3(50%)	0,622	0,287
b455	Funções de tolerância ao exercício	8(100%)	7(100%)	1,000	0,267	9(100%)	6(100%)	1,000	0,400
b460	Sensações associadas às funções cardiovasculares e respiratórias	8(100%)	7(100%)	1,000	0,267	9(100%)	6(100%)	1,000	0,462
b530	Funções de manutenção do peso	7(87,50%)	3(42,86%)	0,119	0,024*	6(66,67%)	4(66,67%)	1,000	0,305
b730	Funções da força muscular	8(100%)	2(28,57%)	0,007*	0,004*	5(55,56%)	5(83,33%)	0,580	0,092
b740	Funções da resistência muscular	8(100%)	2(28,57%)	0,007*	0,004*	5(55,56%)	5(83,33%)	0,580	0,092
b780	Sensações relacionadas com os músculos e as funções do movimento	6(75,00%)	3(42,86%)	0,315	0,202	5(55,56%)	4(66,67%)	1,000	0,454

^a Diferença quanto à frequência do problema; ^b Diferença quanto à gravidade do problema

APÊNDICE VI – PROBLEMAS DA COMPONENTE DAS ESTRUTURAS DO CORPO COMPARANDO GÊNEROS E GRUPOS ETÁRIOS (N=15).

Título da categoria CIF		Gêneros		Grupos etários					
		Feminino	Masculino	< 65		≥65			
		1-4	1-4	1-4		1-4			
		n(%)	n(%)	p ^a	p ^b	n(%)	n(%)	p ^a	p ^b
s410	Estrutura do aparelho cardiovascular	2(25%)	2(28,57%)	0,785	0,662	2(22,22%)	2(33,33%)	0,710	0,341
s430	Estrutura do aparelho respiratório	8(100%)	7(100%)	1,000	0,503	9(100%)	6(100%)	1,000	0,189
s710	Estrutura da região da cabeça e pescoço	5(62,50%)	2(28,57%)	0,315	0,188	4(44,44%)	3(50%)	1,000	0,381
s720	Estrutura da região do ombro	1(12,50%)	2(28,57%)	0,569	0,323	1(11,11%)	2(33,33%)	0,525	0,341
s760	Estrutura do tronco	2(25%)	1(14,29%)	1,000	0,554	1(11,11%)	1(16,67%)	0,525	0,341

^a Diferença quanto à frequência do problema; ^b Diferença quanto à gravidade do problema

**APÊNDICE VII - PROBLEMAS DA COMPONENTE DAS ACTIVIDADES E PARTICIPAÇÃO
COMPARANDO GÊNEROS E GRUPOS ETÁRIOS (N=15).**

Título da categoria CIF		Gêneros				Grupos etários			
		Feminino		Masculino		< 65		≥65	
		1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4
		n(%)	n(%)	p ^a	p ^b	n(%)	n(%)	p ^a	p ^b
d230	Executar a rotina diária	8(100%)	5(71,43%)	0,200	0,042*	8(88,89%)	5(83,33%)	1,000	0,442
d240	Lidar com o stress e outras exigências psicológicas	8(100%)	6(85,71%)	0,467	0,369	8(88,89%)	6(100%)	1,000	0,263
d330	Falar	5(62,50%)	1(14,29%)	0,119	0,058	5(55,56%)	1(16,67%)	0,287	0,117
d410	Mudar a posição básica do corpo	5(62,50%)	2(28,57%)	0,315	0,058	3(33,33%)	4(66,67%)	0,315	0,208
d430	Levantar e transportar objectos	5(62,50%)	5(71,43%)	1,000	0,481	5(55,56%)	5(83,33%)	0,580	0,159
d450	Andar	8(100%)	4(57,14%)	0,077	0,072	7(77,78%)	6(100%)	0,229	0,044*
d455	Deslocar-se	8(100%)	7(100%)	1,000	0,149	9(100%)	6(100%)	1,000	0,455
d460	Deslocar-se por diferentes locais	8(100%)	6(85,71%)	0,467	0,386	9(100%)	5(83,33%)	0,400	0,291
d465	Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	2(25%)	1(14,29%)	0,554	0,410	2(22,22%)	1(16,67%)	1,000	0,501
d470	Utilização de transporte	6(75%)	3(42,86%)	0,315	0,049*	4(44,44%)	5(83,33%)	0,287	0,049*
d475	Conduzir	1(12,50%)	4(57,14%)	0,119	0,082	4(44,44%)	1(16,67%)	0,580	0,294
d4750	Conduzir um meio de transporte com tracção humana	3(37,50%)	5(71,43%)	0,315	0,100	6(66,67%)	2(33,33%)	0,315	0,154
d510	Lavar-se	5(62,50%)	5(71,43%)	1,000	0,481	5(55,56%)	5(83,33%)	0,580	0,249
d540	Vestir-se	6(75%)	5(71,43%)	1,000	0,340	6(66,67%)	5(83,33%)	0,604	0,217
d570	Cuidar da própria saúde	3(37,50%)	3(42,86%)	1,000	0,427	3(33,33%)	3(50%)	0,622	0,287
d620	Aquisição de bens e serviços	8(100%)	7(100%)	1,000	0,448	9(100%)	6(100%)	1,000	0,564
d640	Realizar as tarefas domésticas	8(100%)	7(100%)	1,000	0,355	9(100%)	6(100%)	1,000	0,252
d650	Cuidar dos objectos da casa	8(100%)	7(100%)	1,000	0,402	9(100%)	6(100%)	1,000	0,510
d660	Ajudar os outros	5(62,50%)	3(42,86%)	0,619	0,138	4(44,44%)	4(66,67%)	0,608	0,513
d770	Relacionamentos íntimos	3(37,50%)	5(71,43%)	0,315	0,123	7(77,78%)	1(16,67%)	0,041*	0,021*
d845	Obter, manter e sair de um emprego	1(12,50%)	1(14,29%)	1,000	0,733	2(22,22%)	0	0,486	0,343
d850	Trabalho remunerado	1(12,50%)	1(14,29%)	1,000	0,467	2(22,22%)	0	0,486	0,343
d910	Vida comunitária	5(62,50%)	4(57,14%)	1,000	0,514	5(55,56%)	4(66,67%)	1,000	0,273
d920	Recreação e Lazer	8(100%)	7(100%)	1,000	0,149	9(100%)	6(100%)	1,000	0,497

^a Diferença quanto à frequência do problema; ^b Diferença quanto à gravidade do problema

APÊNDICE VIII - PROBLEMAS DA COMPONENTE DOS FACTORES AMBIENTAIS COMPARANDO GÊNEROS E GRUPOS ETÁRIOS (N=15).

Título da categoria CIF		Gêneros		Grupos etários					
		Feminino 1-4	Masculino 1-4			< 65 1-4	≥65 1-4		
		n(%)	n(%)	p ^a	p ^b	n(%)	n(%)	p ^a	p ^b
e150	Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios para uso público	4(50%)	3(42,86%)	1,000	0,505	2(22,22%)	5(83,33%)	0,041*	0,016*
e155	Arquitectura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios para uso privado	4(50%)	2(28,57%)	0,608	0,358	1(11,11%)	5(83,33%)	0,011*	0,002*
e225	Clima	8(100%)	7(100%)	1,000	0,372	9(100%)	6(100%)	1,000	0,357
e245	Mudanças relacionadas com o tempo	6(75%)	5(71,43%)	1,000	0,306	7(77,78%)	4(66,67%)	1,000	0,171
e2450	Ciclos dia/noite	6(75%)	5(71,43%)	1,000	0,306	7(77,78%)	4(66,67%)	1,000	0,171
e260	Qualidade do ar	8(100%)	6(85,71%)	0,467	0,510	8(88,89%)	6(100%)	1,000	0,276
e310	Família próxima	0	1(14,29%)	0,467	0,467	1(11,11%)	0	1,000	0,600
e460	Atitudes sociais	1(12,50%)	1(14,29%)	1,000	0,533	1(11,11%)	1(16,67%)	1,000	0,657
e540	Relacionados com os transportes	0	1(14,29%)	0,467	0,467	1(11,11%)	0	1,000	0,600
e555	Relacionados com associações e organizações	0	1(14,29%)	0,467	0,467	1(11,11%)	0	1,000	0,600
e575	Relacionados com o apoio social	1(12,50%)	1(14,29%)	1,000	0,533	1(11,11%)	1(16,67%)	1,000	0,400

^a Diferença quanto à frequência do problema; ^b Diferença quanto à gravidade do problema

**ANEXO I – APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DO CENTRO HOSPITALAR ENTRE O DOURO
E VOUGA, E.P.E.**



Centro Hospitalar
de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

Exma. Senhora,
Prof.^a Alda Sofia Pires de Dias Marques
Rua Capitão Lebre n.º 33 2º Esq.
3810-384 Aveiro

CA – 644/10-0c
FS/AC

Data: 2010/12/13

Assunto: Trabalho de Investigação – “Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)”

No seguimento ao pedido formulado por V.Exa, informa-se que face ao parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde, o Conselho de Administração, na sua reunião de 2 de Dezembro de 2010, deliberou autorizar a realização do estudo mencionado em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,

Fernando Silva
Presidente do Conselho de Administração